Psihologie

Ion Dafinoiu
Jenő-László Vargha

PSIHOTERAPII SCURTE

Strategii, metode, tehnici



Collegium
POLIROM

Seria *Collegium. Psihologie* este coordonată de Adrian Neculau.

Ion Dafinoiu – profesor doctor la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, şeful Catedrei de Psihologie Medicală şi Psihopedagogie Specială din cadrul Universităţii „Al.I. Cuza", Iaşi, vicepreşedinte al Federaţiei Române de Psihoterapie, preşedinte al Asociaţiei Române de Hipnoză Clinică, Relaxare şi Terapie Ericksoniană – este titularul cursurilor: *Psihodiagnostic clinic, Psihoterapii scurte, Hipnoză clinică şi terapie ericksoniană*, predate la universitatea ieşeană, şi al cursului *Research Methods in the Social Sciences*, predat în cadrul masterului european *Perspectives on Social Inclusion*. De acelaşi autor: *Sugestie şi hipnoza* (Editura Ştiinţifică şi Tehnică, 1996), *Elemente de psihoterapie integrativă* (Editura Polirom, 2000), *Personalitatea. Metode calitative de abordare: observaţia şi interviul* (Editura Polirom, 2002), *Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice* (în colaborare, Editura Polirom, 2003), *Research Methods in the Social Sciences* (Peter Lang, 2003).

Jenő-László Vargha – lector la Catedra de Psihologie a Universităţii „Babeş--Bolyai" din Cluj-Napoca, are multiple specializări în psihoterapie şi terapie ericksoniană. Psihoterapeut, formator şi supervizor pentru psihoterapie, vicepreşedinte al Asociaţiei Române de Hipnoză Clinică, Relaxare şi Terapie Ericksoniană, membru în comisia profesională a Federaţiei Române de Psihoterapie. Este titularul cursurilor: *Psihologie clinică, Introducere în psihoterapie, Psihologia sănătăţii, Modificări cognitiv-comportamentale*. Este autorul mai multor studii şi articole de specialitate, precum şi a cinci cursuri pentru studenţi. De acelaşi autor: *Társadalom a díványon* (*Societatea pe canapea*) (Editura Komp Press, 1995) şi *Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice* (în colaborare, Editura Polirom, 2003).

Contribuţia autorilor:
Ion Dafinoiu – Capitolele I-IV; Jenő-László Vargha – Capitolul V şi Anexe

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37, P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

DAFINOIU, ION

Psihoterapii scurte: strategii, metode, tehnici / Ion Dafinoiu, Jenő-László Vargha. – Iaşi: Polirom, 2005

ISBN: 973-681-777-6

I. Vargha, Jenő-László

615.851

Printed in ROMANIA

Ion Dafinoiu
Jenő-László Vargha

PSIHOTERAPII SCURTE

Strategii, metode, tehnici







POLIROM
2005

Ion Dafinoiu le mulţumeşte soţiei şi fiicei sale, fără ajutorul cărora nu ar fi apărut această carte.

Jenő-László Vargha le mulţumeşte colaboratoarelor sale Mária Orbán, Enikő Školka, Adina Bortă şi Erika Suta.

Tabla de materii

Cuvânt înainte

Interesul deosebit pentru psihoterapiile scurte trebuie înțeles în contextul creșterii insatisfacției determinate de rezultatele îndoielnice ale terapiilor tradiționale de lungă durată și de costul ridicat al acestora.

Psihanaliza – exemplul tipic al terapiilor de lungă durată – a promovat ideea că pacientul, cel care solicită ajutor, determină, în bună măsură, ceea ce se produce în timpul terapiei. Terapeutul are, în general, o atitudine pasivă, exprimată prin „atenție flotantă" – atitudine care, combinată cu asociația liberă practicată de pacient, face din psihanaliză, în mod inevitabil, o terapie de lungă durată, la capătul căreia schimbarea terapeutică pare ori incertă, ori rezultatul altor factori (se știe că timpul vindecă multe!). În psihanaliză se consideră o „manipulare" faptul că terapeutul își centrează efortul asupra unei probleme anume, că fixează obiective, că intervine într-o manieră deliberată în existența cuiva sau că evaluează rezultatul unei terapii.

În opoziție cu această situație s-a dezvoltat demersul utilizat de *terapiile scurte*, care este unul esențialmente *strategic*. „Terapia strategică – spune J. Haley – nu constă într-o abordare sau o teorie particulară; se dă acest nume terapiilor în care terapeutul își asumă responsabilitatea de a influența direct oamenii." (Haley, 1984, p. 22) În terapia strategică, schimbarea terapeutică nu este așteptată, ea este sistematic provocată. Terapeutul care utilizează un astfel de demers „identifică problemele susceptibile a fi rezolvate, fixează obiective, evaluează răspunsurile pe care le primește pentru a-și corecta modalitatea de abordare și, în final, verifică rezultatul terapiei sale pentru a vedea eficiența ei" (*idem*, p. 21).

Aceste afirmații evidențiază clar că psihoterapia scurtă nu este doar „mai puțin din același lucru", adică nu diferă de psihoterapia lungă doar prin durata ei; ea este o terapie cu structură și procese specifice.

Vorbind despre terapia scurtă nu putem ocoli totuși o întrebare: cât de scurtă este o terapie scurtă? Eckert (1993) definea psihoterapia scurtă ca fiind „orice intervenție psihologică destinată să producă o schimbare cât *mai repede*

posibil (s.n.), indiferent dacă este sau nu specificat dinainte un termen limită". Literatura ştiinţifică a domeniului apreciază că psihoterapiile scurte se întind pe un continuum ce variază de la o şedinţă la 20 de şedinte, cu o medie de aproximativ 6 şedinţe. Totuşi, funcţie de tipul de intervenţie psihoterapeutică utilizat, există diferenţe sensibile între specialişti cu privire la durata terapiei. Astfel Malan (1976), din perspectiva tradiţiei psihodinamice, consideră că o psihoterapie scurtă durează între 4 şi 50 de şedinţe, în timp ce Ryle (1991) propune un model de terapie cognitivă scurtă în 16 şedinte. Există şi autori (Talmon, 1990; Manthei, 1996 etc.) care argumentează eficienţa unei terapii într-o singură şedinţă.

Deşi nu este un acord unanim privind numărul de şedinţe, există un larg consens în ceea ce priveşte principalele caracteristici ale terapiilor scurte. Între acestea, menţionăm (Barret-Kruse, 1994; Koss & Butcher, 1986; O'Connell, 1998):

- ideea că fiecare persoană posedă resursele necesare rezolvării problemelor cu care se confruntă;
- acceptarea definiţiei pe care clientul o dă problemei sale;
- formarea alianţei terapeutice cât mai repede posibil;
- atribuirea succesului; terapeutul nu face altceva decât să creeze un cadru care să-i permită clientului să identifice şi să utilizeze resursele pe care le are;
- evitarea angajării clientului la un efort deosebit (în caz contrar beneficiile terapiei ar fi mai mici decât „investiţiile" clientului);
- obiectivarea, descrierea, mai degrabă decât personalizarea comportamentului clientului (în caz contrar s-ar putea ajunge la culpabilizarea acestuia);
- centrarea pe „aici şi acum"; incursiunile în trecut sunt limitate şi focalizate doar pe problema prezentă a clientului;
- existenţa unor obiective clare, specifice şi tangibile în timpul disponibil;
- asumarea de către terapeut a responsabilităţii de a influenţa clientul într-o manieră evidentă, deschisă.

Adoptarea unei astfel de strategii terapeutice are la bază nu numai motive economice, ci şi unele schimbări conceptuale în domeniul psihoterapiei. Aceste schimbări sunt rezumate de B.L. Bloom (1992, p. 158) astfel:
- creşterea acceptării unor obiective terapeutice realiste limitate;
- accentul crescut în cadrul psihologiei eului atât asupra resurselor, cât şi asupra limitelor clientului;
- impactul deosebit al tehnicilor de modificare a comportamentului asupra practicii clinice;
- creşterea centralităţii teoriei crizei şi intervenţiei în stare de criză în cadrul serviciilor de asistenţă psihologică;
- acordarea unei mai mari atenţii circumstanţelor precipitante curente în raport cu predispoziţiile trecute.

Practicarea psihoterapiei scurte are implicaţii comportamentale atât asupra pacienţilor, cât şi asupra terapeuţilor (J. Haley discută pe larg aceste implicaţii în studiul său „Why not long-term therapy?" din 1990). Dat fiind faptul că această carte se adresează specialiştilor din domeniul psihoterapiei, vom puncta doar câteva dintre implicaţiile terapiei scurte asupra practicii clinice.

În primul rând, având în vedere caracterul directiv, activ, al strategiei adoptate de majoritatea practicienilor terapiilor scurte, acest tip de terapie este mult mai solicitant pentru terapeut decât terapia de lungă durată. Aceasta din urmă se poate desfăşura tihnit, într-un ritm lent, pentru că îi lipsesc obiectivele – spune J. Haley (1990, p. 7) –, în timp ce terapia scurtă necesită anumite intervenţii care să conducă la un anume sfârşit. De aceea, terapeutul trebuie să inoveze mereu prescripţii terapeutice care să vină în întâmpinarea nevoilor specifice fiecărui pacient.

Strategia terapeutică adoptată de practicienii terapiilor scurte este puternic influenţată şi de faptul că aceştia nu aderă, în general, la teoria rezistenţei aşa cum este ea formulată de psihanaliză. De aceea, ei dezvoltă o relaţie terapeutică de tip colaborativ, în care orice alt comportament decât cel aşteptat din partea pacientului este receptat nu ca rezistenţă, ci ca semn al dorinţei de colaborare a acestuia. Principiul care guvernează o astfel de relaţie terapeutică este formulat de S. de Shazer astfel: „Nu există eşec, există feedback". Această atitudine are la bază încrederea în resursele pacientului şi în dorinţa sa de vindecare, credinţa că cel mai mare expert într-o problemă este chiar cel ce are problema respectivă.

Autorii

Capitolul 1

Terapia cognitiv-comportamentală – cadru general

Terapia cognitiv-comportamentală reprezintă un ansamblu de tehnici bazate pe teoriile învăţării şi pe descoperirile psihopatologiei cognitive. Deşi, în acest domeniu, există mai multe orientări şi cadre teoretice, ele împărtăşesc câteva afirmaţii esenţiale care justifică gruparea lor sub aceeaşi etichetă. Afirmaţia de bază este că toate comportamentele, adaptative sau neadaptative, sunt rezultatul unor scheme implicite. Acestea sunt mai mult sau mai puţin conştiente şi înglobează structuri cognitive şi sisteme de prelucrare a informaţiilor. Termenul *cogniţie* este oarecum vag definit, dar se referă, de cele mai multe ori, la idei, semnificaţii, credinţe, gânduri, inferenţe, expectaţii, afirmaţii, atribuiri. Se afirmă că acestea mediază comportamentul în mod direct (inclusiv manifestările emoţionale) şi sunt obiectivul major al schimbării terapeutice.

1.1. Terapia comportamentală

1.1.1. *Definiţie. Cadru general*

Terapia comportamentală s-a dezvoltat ca formă de protest faţă de punctul de vedere psihanalitic ce consideră că în spatele tuturor tulburărilor comportamentale se află forţe subiective profunde şi inconştiente. Bazele sale teoretice cuprind ideile majore dezvoltate în cadrul cercetărilor privind condiţionarea şi învăţarea. Abia la mijlocul secolului trecut

a început să se vorbească despre terapiile comportamentale sau behavioriste. Contribuţiile teoretice majore la dezvoltarea acestor terapii au fost aduse de Skinner (1953), Wolpe (1958) şi Eysenck (1962), care au dezvoltat strategii terapeutice care au valorificat rezultatele cercetărilor privind condiţionarea şi învăţarea realizate de I. Pavlov, J.B. Watson, E.L. Thorndike, E.C. Tolman, C.L. Hull, J. Dollard, N.E. Miller.

Pe scurt, behavioriştii consideră că, la naştere, fiinţa umană este un fel de *tabula rasa*, o „coală albă de hârtie", iar „istoria" scrisă pe aceasta este determinată îndeosebi de condiţiile mediului. Simplificând, personalitatea este văzută, în primul rând, ca funcţie a stimulilor din mediul extern, a interacţiunilor şi rolurilor sociale; factorii subiectivi interni, procesele inconştiente sunt respinse ca nefiind cu adevărat concepte ştiinţifice din moment ce nu pot fi studiate într-o manieră sistematică şi reproductibilă.

Fiinţele umane sunt văzute ca produse ale proceselor de condiţionare în care s-au angajat. Paradigma S-R (stimul-răspuns) este structura fundamentală a oricărui proces de învăţare. Oamenii reacţionează într-o manieră predictibilă la un anumit stimul, în funcţie de ceea ce au învăţat în trecut. Comportamentul lor este, în linii mari, asemănător celui al animalelor, singura excepţie fiind faptul că răspunsurile comportamentale ale oamenilor sunt mai complexe şi organizate într-un plan superior.

Din această perspectivă, comportamentele nevrotice – cuvinte, acţiuni, stări emoţionale neadaptative şi indezirabile – de care persoana doreşte să scape sunt învăţate. Răspunsurile comportamentale indezirabile au fost învăţate, în primul rând, pentru că în trecut i-au permis persoanei să evite experienţe dureroase. Ele au devenit „simptome" de care pacientul doreşte să scape deoarece, în prezent, aceste comportamente tind să se actualizeze, să se manifeste, nu numai în prezenţa evenimentelor dureroase iniţiale, ci şi într-o multitudine de situaţii mai mult sau mai puţin similare cu acestea. Eliminarea răspunsurilor comportamentale indezirabile devine obiectivul principal al psihoterapiei. Terapeuţii comportamentişti nu definesc psihoterapia în termenii *insight*-ului şi ca reorganizare a personalităţii, ci ca proces de *eliminare a simptomelor* şi învăţare a unor răspunsuri comportamentale mai adaptative. Pentru ilustrarea ideii enunţate, reţinem definiţia pe care L.J. Reyna o dă psihoterapiei: „Psihoterapia poate fi considerată ca un set de proceduri destinate să elimine o varietate de răspunsuri cu efecte emoţionale

negative, precum şi comportamente indezirabile şi nefolositoare şi să creeze comportamente mai eficiente pentru controlul şi adaptarea la anumite sarcini cotidiene, persoane şi situaţii" (Reyna, 1964, p. 169).

Terapia comportamentală este o terapie scurtă centrată pe simptom şi vizează, în general, modificarea interacţiunilor dintre persoană şi mediul său.

Kazdin (1982, *cf.* S. Ionescu, 1994, p. 550) afirmă că terapiile comportamentale pun accentul pe următoarele aspecte:

1. Evidenţiază *determinanţii actuali* mai degrabă decât determinanţii istorici ai comportamentului.
2. Prezintă *schimbarea comportamentului manifest* ca fiind criteriul major în evaluarea tratamentului.
3. Valorifică cercetarea fundamentală în psihologie pentru *formularea ipotezelor* cu privire la tratament şi la tehnicile specifice.
4. Defineşte tratamentul în *termeni operaţionali* şi *obiectivi* pentru ca metodele aplicate să poată fi reproduse.
5. Subliniază, într-o manieră foarte precisă, *comportamentul vizat* şi *tehnicile de evaluare*.

Sublinierile realizate în textul anterior ne permit să formulăm într-o manieră rezumativă faptul că terapia comportamentală este centrată pe prezent şi îşi propune schimbarea comportamentului-simptom utilizând tehnici reproductibile în baza unor ipoteze clare privind comportamentul uman.

1.1.2. *Bazele teoretice şi empirice ale terapiei comportamentale*

Terapia comportamentală este un proces de reeducare/reînvăţare. Comportamentul adaptativ este întărit, în timp ce comportamentul neadaptativ este eliminat. Bazele teoretice şi empirice ale acestui proces îşi au originea în cercetările privind învăţarea la animale şi oameni.

Perspectiva darwinistă privind continuitatea legilor evoluţiei animale şi umane a condus la aplicarea „modelului animal" al comportamentului, la studiul mecanismelor de apariţie şi la menţinerea comportamentelor patologice umane.

Primele cercetări au identificat două paradigme generale ale învăţării animale:

1. *Condiţionarea „clasică"* – fundamentată de cercetătorul rus I. Pavlov.
2. *Condiţionarea operantă* – derivată din cercetările realizate de Thorndike, Tolman, Guthrie, la care s-au adăugat cele ale lui Skinner.

Realizând cercetări asupra salivaţiei şi digestiei la câini, Pavlov a descoperit că hrana determină un răspuns reflex înnăscut – salivaţia. Ulterior, el a observat că, pe parcursul experimentului, câinii salivau şi doar la elemente ale contextului în care era realizată hrănirea: vederea mâncării, paşii experimentatorului, sunetul unui clopoţel etc. El a conceptualizat aceste relaţii între diverşi stimuli şi reacţii comportamentale în termenii *condiţionării*.

Schematic, paradigma condiţionării clasice (pavloviene) poate fi reprezentată astfel (fig. 1):

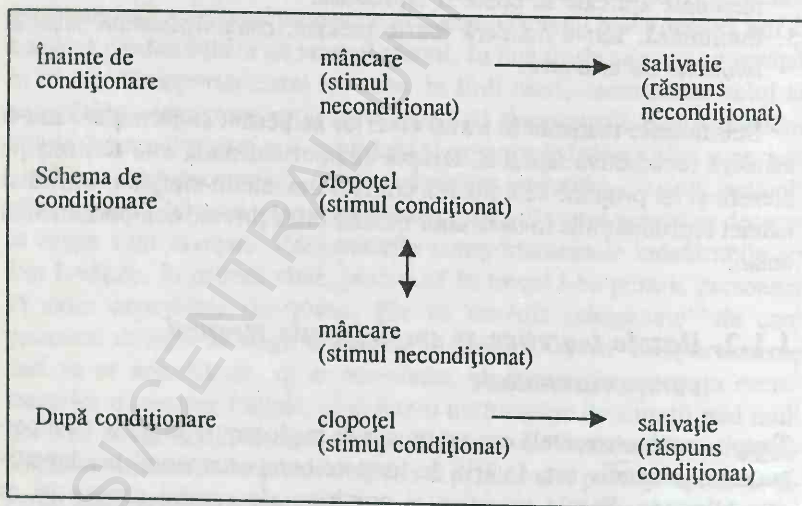


Figura 1. *Paradigma condiţionării clasice (pavloviene)*

Pavlov a cercetat şi ce se întâmplă cu răspunsul condiţionat când clopoţelul nu mai este urmat de stimulul necondiţionat (mâncarea) şi a constatat că, după mai multe prezentări separate ale clopoţelului, acesta

şi-a pierdut treptat valoarea de stimul pentru salivaţie. A avut loc ceea ce Pavlov a numit *stingerea* (extincţia) reflexului condiţionat învăţat anterior.

Cercetătorii ruşi au descoperit, de asemenea, şi faptul că răspunsurile emoţionale, precum teama, pot fi condiţionate. De aceea, paradigma condiţionării clasice a avut implicaţii considerabile pentru înţelegerea fenomenelor psihopatologice.

Paradigma condiţionării operante afirmă că, dacă un anumit comportament este, în mod consecvent, urmat de o recompensă, comportamentul are o mai mare probabilitate de a se produce din nou. Acest fenomen a fost conceptualizat cu denumirea de *lege a efectului*, ce afirmă că acele comportamente care sunt urmate de consecinţe pozitive vor avea tendinţa de a fi repetate, iar cele urmate de consecinţe negative se vor manifesta cu o frecvenţă din ce în ce mai mică.

Cercetările realizate de Thorndike, Tolman şi Guthrie au fost completate de cele ale lui Skinner, care a extins principiul descoperit de aceştia, definind întărirea în termenii efectului pe care ea îl are asupra comportamentului individului, nu pur şi simplu prin faptul că pare a fi recompensativă sau aversivă. Astfel, în condiţionarea operantă, dacă un comportament este urmat de un anumit eveniment şi se manifestă cu o frecvenţă mai mare, atunci spunem că respectivul comportament este întărit (fig. 2).

În acord cu schema din fig. 2, *întărirea pozitivă* descrie situaţia în care comportamentul (de exemplu, punctualitatea) se manifestă cu o frecvenţă mai mare pentru că este urmat de consecinţe pozitive (de exemplu, lauda) ; *întărirea negativă* se referă la situaţia în care frecvenţa unui comportament creşte din cauză că este urmat de omisiunea unui eveniment aversiv anticipat (de pildă, anxietatea, acuzele sau reproşurile cuiva etc.). Reţinem, prin urmare, că termenul *întărire* se referă întotdeauna la situaţiile în care comportamentul creşte în frecvenţă sau intensitate.

Alte două tipuri de consecinţe sunt asociate cu descreşterea frecvenţei comportamentului. *Pedeapsa* descrie situaţia în care comportamentul descreşte în frecvenţă pentru că este urmat de un eveniment aversiv (de exemplu, reproşuri, anxietate) ; *nerecompensarea frustrantă* acţionează în situaţia în care comportamentul descreşte în frecvenţă pentru că este urmat de omisiunea unei recompense aşteptate (de exemplu, subiectul nu va fi lăudat, premiat etc.).

		Întărire: Prezență	Întărire: Absență
Tipul de întărire	pozitivă	↑ Întărire pozitivă	↓ nerecompensare frustrantă
	negativă	↓ Pedeapsă	↑ întărire negativă

Figura 2. *Paradigma condiționării operante (săgețile arată efectul asupra comportamentului-țintă)*

Utilizând principiile condiționării operante, terapeutul comportamentist își planifică intervențiile fie acționând asupra consecințelor comportamentului-simptom („beneficiile simptomului"), fie utilizând ca întărire evenimentele descoperite ca influențând schimbarea comportamentului în direcția dorită. Acestea nu sunt cele care par a fi în mod intrinsec recompensative.

Dezvoltarea acestor două paradigme de condiționare (clasică și operantă) și integrarea lor ulterioară de către cercetători precum Hull și Mowrer sunt evenimente importante în evoluția terapiei comportamentale. O însemnătate deosebită au avut-o lucrările lui Mowrer (1960), care au descris un *model bifactorial*, incluzând elemente ale condiționării clasice și operante, pentru a explica teama și comportamentul de evitare. El consideră că teama de anumiți stimuli este dobândită printr-un mecanism de condiționare clasică și că, fiind aversivă, subiectul învață să o reducă prin evitarea stimulilor condiționați. Din această perspectivă, comportamentul de evitare, întărit de consecințele sale pozitive (atenuarea stărilor de teamă), este elementul principal al perpetuării fobiei : neintrând în contact cu stimulul fobogen, subiectul nu poate invalida (elimina) asocierea inițială între stimul și reacția de teamă. De aceea, prescripțiile privind expunerea pacienților la stimulii fobogeni sunt elemente centrale în majoritatea tehnicilor utilizate în terapia fobiilor.

Cercetările lui A. Bandura asupra învățării bazate pe observație au avut o importanță particulară în orientarea atenției asupra factorilor cognitivi în terapia comportamentală. *Abordarea sociocognitivă*

fundamentată de A. Bandura are la bază ideea conform căreia comportamentul este determinat de trei sisteme independente ce interacţionează între ele: evenimentele-stimul externe, întărirea externă şi procesele cognitive mediatoare. Conform acestui demers, un individ învaţă observând pe altcineva în timp ce realizează un comportament anume; comportamentul este învăţat mai bine dacă observatorul realizează şi el comportamentul respectiv, dar aceasta nu este o condiţie necesară. Totuşi, orice schimbare comportamentală voluntară este mediată de percepţiile subiectului în legătură cu capacitatea sa de a realiza comportamentul în chestiune. Credinţele subiectului privitoare la capacitatea sa de a realiza un anumit comportament au fost conceptualizate de Bandura sub denumirea de „autoeficienţă" - element central al modelului referitor la autoreglare şi autocontrol dezvoltat de acesta. A. Bandura consideră că autocontrolul implică trei stadii importante: autoobservarea, autoevaluarea (prin raportarea la anumite standarde) şi autoîntărirea. Modelul sociocognitiv a stimulat multe cercetări în domeniul învăţării şi al schimbării comportamentului în care constructele cognitive, inclusiv atribuirea şi autoinstrucţia, au fost abordate explicit.

Integrând procesele cognitive interne în schema behavioristă clasică S-R, terapia comportamentală contemporană găseşte din ce în ce mai multe puncte comune cu terapia cognitivă, încât sintagma „terapie cognitiv-comportamentală" este tot mai frecventă în vocabularul psihoterapeuţilor.

1.2. De la terapia comportamentală la terapia cognitiv-comportamentală (TCC)

În anii '60-'70, tot mai mulţi cercetători în domeniul psihoterapiei comportamentale şi modificării comportamentului au simţit nevoia de a depăşi „noţiunile mecaniciste ale practicii terapiei comportamentale" (Lazarus, 1971), considerând că majoritatea tratamentelor comportamentale nu mai pot fi conceptualizate doar în termenii teoriei învăţării. Această atitudine a condus la adoptarea unui demers eclectic care a favorizat adăugarea la tehnicile comportamentale existente a unor componente cognitive şi a deschis calea dezvoltării şi aplicării sistematice a tehnicilor cognitive.

O ilustrare a acestei tendinţe este apariţia demersului celor „trei sisteme", conceptualizat de Lang şi Rachman. Aceştia consideră că orice problemă psihologică poate fi descrisă în termenii răspunsurilor manifestate în trei sisteme de răspuns interdependente : comportamental, cognitiv/afectiv, fiziologic ; prin considerarea separată a răspunsurilor cognitive şi afective, cele trei sisteme au devenit patru. De pildă, o fobie implică răspunsuri comportamentale (de exemplu, evitarea obiectului fobogen), cognitive (gânduri iraţionale, catastrofice în legătură cu obiectul fobogen), afective (teamă intensă) şi fiziologice (palpitaţii, transpiraţii etc.).

Aceste sisteme, deşi interdependente, în timpul terapiei nu se schimbă în acelaşi timp, în aceeaşi măsură ori în aceeaşi direcţie ; de aceea, ele pot fi considerate *nonsincrone*. Această perspectivă unitară asupra problemelor psihologice a avut un rol important atât în descrierea şi conceptualizarea unui număr mare de simptome raportate de pacienţi, cât şi în dezvoltarea unor instrumente de evaluare sistematică a rezultatelor terapiei.

Terapia cognitivă este, după cum consideră A. Beck, o sinteză a unor aspecte ale psihanalizei şi terapiei comportamentale. Influenţa psihanalizei se exprimă prin accentul pus pe identificarea temelor importante şi latente ale gândirii pacientului („schemele cognitive"), precum şi prin evidenţierea interrelaţiilor subtile dintre gândire, sentiment şi comportament. Influenţa terapiei comportamentale se regăseşte în structurarea sistematică a interviului terapeutic, în definirea scopurilor şi a proceselor care permit atingerea acestora, în operaţionalizarea tehnicilor terapeutice şi a evaluării.

Precursorul cel mai apropiat de terapiile cognitive actuale este A. Ellis, autorul terapiei raţional-emotive (RET) ale cărei începuturi se găsesc în anii '50. Astăzi, A. Ellis îşi numeşte sistemul terapeutic dezvoltat de el terapie raţional-emotiv comportamentală, fapt ce consfinţeşte integrarea abordărilor comportamentale şi cognitive în domeniul psihoterapiei.

Terapia cognitivă s-a dezvoltat îndeosebi datorită cercetărilor asupra depresiei realizate de A. Beck începând din 1959. În prezent, terapia cognitivă este indicată într-o multitudine de stări psihopatologice : anxietate, atacuri de panică, obsesii, tulburări alimentare (anorexie şi bulimie), alcoolism etc.

Iată cum rezumă A. Beck, într-o lucrare recentă, terapia cognitivă: „Terapia cognitivă se bazează pe o teorie a personalităţii care afirmă că felul în care cineva gândeşte determină în mare măsură felul în care simte şi se comportă. Terapia este un proces colaborativ, între terapeut şi pacient, de cercetare empirică, testare a realităţii şi rezolvare de probleme. Interpretările şi concluziile neadaptative ale pacientului sunt considerate ipoteze testabile. Pentru examinarea unor interpretări alternative şi generarea unor argumente contrare ce stimulează credinţe mai adaptative şi conduc la schimbare terapeutică sunt utilizate experimente comportamentale şi proceduri verbale" (Beck, Weishaar, 1995, p. 229).

1.3. Caracteristici generale ale relaţiei terapeutice în TCC

Spre deosebire de relaţia terapeutică dezvoltată de celelalte terapii, unde predomină caracterul nondirectiv al acesteia, în cazul terapiilor cognitiv-comportamentale avem de-a face cu o *relaţie directivă*; de fapt, mai potrivită ar fi noţiunea de *relaţie de ghidare*, deoarece terapeutul ajută pacientul să ia anumite decizii, nu hotărăşte în locul lui.

Dacă în psihanaliză terapeutul îşi propune să fie o „oglindă perfectă", care să-i ofere pacientului o imagine ce conţine în egală măsură lumini şi umbre, iar în terapia rogersiană terapeutul doreşte să fie şi el o oglindă ce oferă pacientului „o imagine pozitivă necondiţionată", în terapia cognitiv-comportamentală terapeutul are un rol mai activ, directiv, ce implică, în egală măsură, procese precum: orientarea, ghidarea, colaborarea, parteneriatul. Putem sintetiza rolul şi atitudinea terapeutului în terapia cognitiv-comportamentală astfel:

1. Culege datele şi efectuează analiza funcţională a comportamentelor.
2. Explică, informează, dedramatizează.
3. Defineşte simptomul-ţintă, identifică factorii de menţinere şi cercetează beneficiile secundare ale acestuia.
4. Alege strategia terapeutică.
5. Stimulează motivaţia de participare la terapie a pacientului.
6. Aplică tehnica terapeutică.
7. Pune capăt relaţiei terapeutice (conform contractului terapeutic).

Nu ne propunem să analizăm toate aceste dimensiuni ale relaţiei terapeutice, dar facem totuşi câteva consideraţii asupra acţiunilor menţionate mai sus, la punctul 2.

Terapeutul furnizează, în principal, explicaţii asupra dobândirii răspunsurilor şi a comportamentelor inadaptate, menţinerii acestora, precum şi asupra tehnicilor terapeutice care pot fi utilizate pentru schimbarea lor. El răspunde, astfel, aşteptărilor clienţilor ce doresc să înţeleagă, să fie securizaţi cu privire la viitor şi să fie deculpabilizaţi. Explicaţiile terapeutului au un rol important în crearea unei alianţe active între acesta şi pacient. Ele reiau într-un limbaj coerent, comprehensibil, experienţele emoţionale şi comportamentale trăite până atunci ca iraţionale ; de asemenea, explicaţiile permit numirea acestor experienţe, evidenţierea unor relaţii cauzale, fapt ce are consecinţe asupra nivelului general al anxietăţii, deoarece ele fuseseră trăite ca invadatoare şi indefinibile. Astfel, explicaţiile pot stimula, la pacient, sentimentul controlului, favorizează intrarea în terapie şi cresc încrederea în terapeut. Se trece, în acest mod, de la *a suferi* la *a acţiona*, ajungându-se la o relaţie de parteneriat între pacient şi terapeut.

1.4. Interviul de evaluare cognitiv-comportamentală

Interviul de evaluare are un rol important în demararea procesului terapeutic. În mod frecvent, pacientul prezintă o arie problematică nediferenţiată. Terapeutul ajută la clarificarea şi diferenţierea problemelor reducând astfel dificultăţile la proporţii abordabile, fapt ce are consecinţe importante asupra implicării pacientului în procesul terapeutic, el începând să creadă că schimbarea este posibilă.

Procesul evaluativ se va centra pe ceea ce poate fi schimbat şi pe formarea unor aşteptări rezonabile în legătură cu terapia. În timpul evaluării, pacientul ajunge la o imagine diferită despre problemele sale : unele modificări comportamentale pot fi anticipate (cunoscându-le cauzele) şi, prin urmare, pot fi controlate. O funcţie importantă a evaluării este şi aceea de a stabili dacă se impune vreo măsură de urgenţă (de pildă, în ce măsură există riscul unui comportament suicidal la un pacient depresiv).

În afara interviului, TCC utilizează şi alte metode de evaluare: autoobservarea, completarea de chestionare şi rapoarte, obţinerea de informaţii de la persoanele apropiate pacientului, observarea directă a comportamentului în mediul clinic etc.

Interviul de evaluare cognitiv-comportamentală este, în general, unul semistructurat şi implică din partea terapeutului atitudini şi comportamente specifice abordării clinice.

Vom prezenta, în continuare, ghidul de interviu de evaluare cognitiv--comportamentală propus de J. Kirk (1991) (fig. 3).

În cele ce urmează, vom expune câteva consideraţii referitoare la punctele principale ale acestui ghid de interviu.

1. *Etapa iniţială. Scurtă descriere a problemei.* Ascultarea activă a pacientului favorizează, încă din primele momente, stabilirea unei bune relaţii terapeutice. De cele mai multe ori, pacienţii îşi planifică din timp ceea ce au de gând să spună terapeutului; a nu-i asculta înseamnă a le induce anumite frustrări şi a le da un semnal negativ privind capacitatea noastră de a-i înţelege. Este posibil ca pacientul să ne dea şi informaţii inutile în această etapă. Oricum, relatarea lui ne informează despre cadrele de referinţă interne ce dau sens problemelor lui (explicaţii cauzale, soluţii aşteptate etc.) şi l-au determinat să se prezinte la noi.

Terapeutul rezumă şi reformulează ceea ce-i spune pacientul, dovedindu-i că a înţeles corect problema şi-l încurajează, verbal şi nonverbal, să exploreze diverse aspecte ale problemelor sale. În cazul în care pacientul are dificultăţi în descrierea lor, îi putem adresa întrebări precise: momentul apariţiei problemei, împrejurări, simptome, schimbări în viaţa lui de când a apărut problema, soluţii încercate până în prezent etc.

În această etapă, care durează 5-10 minute, este necesară doar o schiţare generală a problemei. Terapeutul reţine informaţii despre antecedentele posibile şi factorii de menţinere pentru a le utiliza mai târziu în interviu.-Este util să se furnizeze pacientului un rezumat al problemei şi să se obţină un feedback privind corectitudinea lui. Când sunt prezentate mai multe probleme, terapeutul şi pacientul vor colabora pentru a stabili asupra căreia se va centra iniţial intervenţia.

1. Scurtă descriere a problemei.
2. Dezvoltare:
   - factori precipitanţi;
   - evoluţie în timp;
   - factori predispozanţi;
3. Descrierea problemei în termeni:
   - comportamentali
   - cognitivi
   - afectivi
   - fiziologici

   Ce ?
   Când ?
   Unde ?
   Cât de des ?
   Cu cine ?
   Cât de stresant ?
   Cât de brusc ?
4. Variabile de context şi modulatorii:
   - situaţionale;
   - comportamentale;
   - cognitive;
   - afective;
   - interpersonale;
   - fiziologice.
5. Factori de menţinere:
   - situaţionali;
   - comportamentali;
   - cognitivi;
   - afectivi;
   - interpersonali;
   - fiziologici.
6. Comportamente de evitare.
7. Resurse de adaptare şi control, alte resurse.
8. Istoria medicală şi psihiatrică.
9. Tratamente anterioare:
   - răspuns;
   - medicaţie curentă.
10. Credinţe despre problemă.
11. Angajare, motivaţie.
12. Situaţie psihosocială:
    - familie;
    - relaţii psihosexuale;
    - condiţii de locuit;
    - ocupaţie;
    - relaţii sociale;
    - pasiuni, interese.
13. Formularea preliminară a evaluării în termeni cognitiv-comportamentali.

Figura 3. *Ghidul de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală (J. Kirk)*

2. *Dezvoltarea problemei.* Deoarece incursiunea în trecutul pacientului se realizează doar pe dimensiunile relevante pentru problema abordată, această etapă este mult mai scurtă decât în alte terapii.

Debutul problemei poate fi uşor determinat - de pildă, fobia de a conduce automobilul cauzată de un accident auto - sau, dimpotrivă, pacientul a conştientizat gradual că are anumite probleme (cum ar fi neînţelegerile repetate la serviciu, pentru a ajunge la concluzia că are dificultăţi de stabilire a unor relaţii ierarhice). În acest din urmă caz este utilă trecerea în revistă a unor evenimente tipice de viaţă : boală, moartea unor persoane apropiate, ruperea unor relaţii, mutatul în altă casă sau în altă localitate etc.

În ceea ce priveşte *evoluţia problemei* trebuie să ne întrebăm : problema a evoluat constant, s-a agravat, a avut fluctuaţii ? ; de ce solicită tocmai acum ajutor ? (motivul solicitării poate să evidenţieze informaţii deosebit de utile). Pentru înţelegerea evoluţiei problemei şi stabilirea unor eventuale relaţii cauzale este utilă punerea într-o relaţie cronologică a momentelor principale în evoluţia problemei cu principalele evenimente din viaţa individului. Uneori, este util să evidenţiem că evenimentele care au declanşat problema nu mai există, aceasta fiind întreţinută de alţi factori. Întrebări de forma : „Ce anume a fost dificil pentru tine în situaţia respectivă ? ", „Cum ai reuşit să rămâi calm într-o astfel de situaţie ? " pot oferi informaţii suplimentare utile.

Factorii predispozanţi trebuie căutaţi în istoria familială, în caracteristicile de personalitate (de pildă, labilitatea emoţională), atitudinile unor persoane semnificative din jurul pacientului (de exemplu, atitudinea părinţilor faţă de sex ar putea influenţa apariţia frigidităţii etc.).

3. *Descrierea problemei sau analiza funcţională.* Scopul acestei etape este acela de a găsi răspunsuri la următoarele întrebări : „Cum se menţine problema ? ", „Care este locul ei în viaţa pacientului ? ", „Care este utilitatea acesteia pentru pacient ? ".

Fiecare problemă poate fi descrisă în termenii a ceea ce O'Leary şi Wilson (1975) au numit **A** - **B** - **C** (Antecedents - Behaviours and beliefs - Consequences), adică Antecedente - Comportamente şi credinţe - Consecinţe. Fiecare dintre aceşti factori creşte sau descreşte probabilitatea apariţiei problemei. Schimbarea terapeutică poate fi declanşată prin intervenţii fie la nivelul antecedentelor, fie la nivelul

comportamentelor şi credinţelor, fie la cel al consecinţelor. Vom prezenta, mai târziu, câteva modele de analiză funcţională ce utilizează în principal acest tip de raţionament.

Interviul pe care îl prezentăm acum pune accentul mai degrabă pe analiza contextului în care se manifestă problema.

Nu întotdeauna pacientul poate realiza o descriere detaliată a problemei sale ; în acest caz este util să-l invităm să ne descrie cel mai recent eveniment-problemă. Dacă această descriere întâmpină dificultăţi, putem apela la tehnica imageriei mintale – pacientul închide ochii, îşi imaginează scena trăită şi ne descrie evenimentul, inclusiv ce a simţit şi a gândit. Pentru fiecare problemă, terapeutul trebuie să ajungă la o imagine clară privind : natura problemei (când, unde, cât de des şi cu cine se manifestă) ; cât de stresantă este, cât de brusc se instalează.

4. *Variabile de context şi modulatorii*. Evaluarea variabilelor de context este necesară pentru că planul de tratament include deseori influenţarea contextelor în care apare problema (de pildă, fumatul *numai* la cafea, creşterea senzaţiei de foame – pentru bulimici – când trec pe lângă un restaurant sau când intră în bucătărie etc.). Uneori, pacientul nu este conştient de aceste variabile ; în acest caz se prescrie realizarea unui jurnal pe baza autoobservării zilnice.

Întrebările terapeutului vizează, în această etapă a interviului, identificarea situaţiilor şi a comportamentelor ce pot declanşa comportamentul-simptom. Identificarea factorilor cognitivi este mai dificilă decât a celor externi (situaţionali, comportamentali), deoarece pacienţii au tendinţa de a face atribuiri externe pentru problemele lor şi, pe de altă parte, ei acordă o mică atenţie gândurilor care le trec prin minte înainte sau în timpul situaţiei-problemă. Identificarea gândurilor disfuncţionale este un moment important în orice terapie cognitivă.

Alţi pacienţi sunt pe deplin conştienţi de faptul că gândurile lor joacă un rol major în apariţia simptomului, se blamează, dar consideră situaţia lor fără speranţă. În acest caz, putem evidenţia posibilitatea realizării unui anumit control asupra simptomului, din moment ce cunoaştem cauza lui.

Stările afective pot favoriza, şi ele, apariţia simptomului. Depresia şi anxietatea sunt cele mai frecvente, dar şi alte stări, precum iritabilitatea,

excitarea, veselia pot fi relevante. De pildă, frigiditatea se poate manifesta mai intens în stări de depresie; în acest caz, terapia va viza diminuarea stărilor depresive.

Relaţiile interpersonale, comportamentul membrilor familiei şi al altor persoane semnificative pot avea un efect notabil asupra problemei. De exemplu, criticismul exagerat al unei persoane apropiate poate accentua apariţia ticurilor sau a unor ritualuri obsesive, după cum prezenţa unui copil poate facilita un răspuns controlat din partea unui adult fobic. Credinţele membrilor familiei privind natura bolii (fizică/psihică, curabilă/incurabilă etc.) sunt deosebit de importante pentru desfăşurarea terapiei.

Şi factorii fiziologici sunt elemente importante ale contextului în care se manifestă problema. Astfel, palpitaţiile pot creşte anxietatea unui pacient centrat asupra funcţionării cardiace, iar hiperventilaţia, respiraţia în exces, declanşează o serie de manifestări fiziologice cu un impact deosebit asupra trăirilor anxioase. Există şi factori fiziologici mai generali care pot fi puşi în relaţie cu comportamentul-simptom: oboseala, fazele ciclului menstrual, consumul de cafea sau alcool etc.

Terapeutul trebuie să ştie permanent că identificarea indicatorilor menţionaţi este utilă doar în măsura în care se obţine un feedback pozitiv din partea pacientului privind natura şi rolul lor în manifestarea simptomelor. În caz contrar, pacientul nu va adera la nici un program terapeutic ce îşi propune să influenţeze factori care, pentru el, nu au nici o relevanţă în raport cu problema sa.

5. *Factori de menţinere*. Interviul trebuie să se focalizeze asupra consecinţelor imediate ale problemei comportamentale. Teoriile învăţării care fundamentează intervenţiile cognitiv-comportamentale au evidenţiat, într-o manieră indubitabilă, faptul că orice comportament urmat de consecinţe neplăcute are o mai mică probabilitate de a se repeta, în timp ce comportamentele urmate de evenimente plăcute au o mai mare probabilitate de a se manifesta în viitor. Consecinţele ce menţin problema trebuie identificate în domenii deja menţionate în schema iniţială: situaţional, comportamental, cognitiv, afectiv, interpersonal şi fiziologic. Consecinţele imediate sunt mult mai importante decât cele îndepărtate deoarece au un afect motivaţional mult mai mare asupra individului.

6. *Evitarea*. Evitarea şi, prin aceasta, scăderea în intensitate a unor emoţii stresante sunt frecvent unele dintre efectele imediate ale problemei comportamentale şi, deseori, cei mai importanţi factori de menţinere. Multe planuri de tratament vor include etape de depăşire a evitării şi, de aceea, terapeutul va solicita o descriere detaliată a ceea ce este evitat. Discutarea *evitării pasive* poate fi începută cu o întrebare generală de forma: „Ce lucruri aţi încetat să mai faceţi sau ce locuri aţi încetat să mai vizitaţi din cauza problemei?". *Evitarea activă* poate fi abordată prin întrebări de tipul: „Sunt lucruri pe care aţi încetat să le faceţi sau le faceţi altfel din cauza problemei?" sau „Ce aţi înceta să mai faceţi dacă problema ar dispărea?".

Dacă problema este cronică, pacientul poate să nu mai conştientizeze evitarea. În astfel de cazuri, întrebările utile pot lua forma următoare: „Cum *altfel* ar fi viaţa dumneavoastră dacă nu ar exista problema?" sau „Într-o lume ideală, unde problema dumneavoastră nu ar mai exista, ce anume aţi face din ceea ce nu puteţi face acum?".

Uneori, pacienţii ajung la *evitări subtile*; de pildă, o persoană cu sociofobie nu evită contactul cu ceilalţi, dar evită contactul vizual.

Consecinţele îndepărtate pot fi abordate dacă felul în care pacientul descrie evitările sale ne conduce la ideea că problema prezentată ar putea fi parte a unei dificultăţi generale. În acest caz putem întreba: „Există vreo modalitate generală în care viaţa dumneavoastră s-ar schimba dacă nu aţi mai avea mult timp această problemă?". Răspunsurile obţinute ar putea să ne conducă la obiective mai îndepărtate, în plan personal, familial, profesional (de natură psihologico-afectivă, comportamentală, materială, interpersonală etc.). Aceste informaţii trebuie avute în vedere în momentul formulării preliminare a problemei.

7. *Resurse de adaptare şi control, alte resurse*. Fiecare persoană îşi rezolvă problemele în felul său, iar în strategia adoptată apelul la resursele proprii sau ale persoanelor apropiate variază de la un om la altul. Este util ca terapeutul să identifice cum anume s-a descurcat pacientul în situaţii similare – pentru a evidenţia orice capacitate demonstrabilă de autocontrol şi deprinderile concrete ce au fost utilizate. Pot fi puse întrebări de forma: „Aş fi interesat să ştiu ce faceţi pentru a vă ajuta să vă controlaţi problema, chiar dacă aceasta are un efect foarte mic. Puteţi să-mi spuneţi ce lucruri aţi găsit utile pentru dumneavoastră?".

Interviul poate viza identificarea atât a resurselor din mediul socio-profesional şi cel familial (de pildă, sprijinul soţului/soţiei, un serviciu care îi oferă satisfacţii, posesia unui automobil ce-i favorizează deplasările rapide etc.), cât şi a resurselor personale ce pot favoriza schimbarea (sensibilitate, bună capacitate de învăţare, stabilitate etc.), dar şi a altor capacităţi precum simţul umorului, voinţa de a tolera disconfortul, perseverenţa etc.

8, 9. *Istoria medicală şi psihiatrică anterioară*. Descrierea unor episoade similare, atitudinea pacientului cu privire la felul în care s-a adaptat la acestea, tratamentele urmate, gradul de complianţă la tratament şi efectele acestuia sunt deosebit de utile pentru stabilirea strategiei terapeutice prezente. Amintim, cu această ocazie, necesitatea de a evita „terenul minat al soluţiilor deja încercate" (Watzlawick) atunci când proiectăm noua strategie terapeutică.

10. *Credinţe despre problemă şi tratament*. Există o mică şansă ca pacientul să se angajeze în terapie dacă demersul pe care terapeutul îl propune nu este congruent cu credinţele lui despre natura problemei. Este important ca terapeutul să afle cum a ajuns pacientul la el: credinţele celui care a orientat pacientul spre psihoterapie pot influenţa atitudinile, motivaţia, credinţele pacientului. Este trimis de un alt pacient ce a urmat cu succes o psihoterapie, este trimis de un medic sau de persoane apropiate lui?

11. *Angajarea în tratament*. Majoritatea terapiilor cognitiv-comportamentale necesită un nivel crescut de implicare din partea pacientului; sarcinile privind automonitorizarea şi completarea unui jurnal zilnic, aplicarea sistematică a unor tehnici nu pot fi duse la bun sfârşit fără o motivaţie deosebită din partea pacientului. De aceea, terapeutul trebuie să exploreze dorinţa de schimbare a pacientului, să corecteze orice idee greşită despre terapie care ar putea influenţa ulterior implicarea acestuia în relaţia terapeutică. Un predictor util privind motivaţia de participare a pacientului la terapie este raportul dintre stresul sau dezavantajele asociate problemei şi inconvenientele rezultate din participarea la terapie. Acest raport nu este stabil, el evoluează pe durata terapiei şi, evident, aceasta va înceta în momentul în care beneficiile ei vor fi mult mai mici decât investiţia de timp, efort şi bani realizată de pacient.

Oricât de repede progresează pacientul în rezolvarea problemelor sale, evoluţia lui nu este, de foarte multe ori, atât de rapidă pe cât şi-o doreşte. Totuşi, se poate întâmpla ca, după un progres rezonabil, pacientul să întrerupă aplicarea prescripţiilor terapeutice, să nu-şi mai efectueze „temele pentru acasă". În cazul în care pacientul nu-şi realizează „temele" pe care le are de făcut între şedinţele de terapie, terapeutul trebuie să identifice cauzele acestui fapt. Pentru aceasta, el trebuie să-şi pună câteva întrebări: „Tema pentru acasă a fost doar sugerată sau expusă explicit?", „Realizarea temei a fost verificată de fiecare dată la începutul şedinţei de terapie sau nu?" (dacă tema este verificată doar ocazional, pacientul o percepe ca fiind fără o prea mare importanţă), „Pacientul a înţeles argumentele ce fundamentează necesitatea realizării temelor pentru acasă sau nu?".

Dacă tema pentru acasă a fost corect şi explicit formulată, neefectuarea ei se poate datora fie faptului că pacientul nu crede în relevanţa ei în raport cu obiectivele terapiei, fie nu crede în capacitatea lui de realizare a temei. În ambele cazuri, terapeutul trebuie să acţioneze într-o manieră adecvată pentru corectarea acestor credinţe sau pentru reformularea temei.

12. *Situaţia psihosocială a pacientului*. Adoptând modelul psihiatric, medical sau psihanalitic, pacienţii se aşteaptă să fie invitaţi să povestească în detaliu despre viaţa lor. Terapia cognitiv-comportamentală este centrată, îndeosebi, pe situaţia prezentă şi, de aceea, în general, terapeuţii descurajează subtil pacienţii care încep să vorbească prea mult despre trecutul lor; alţi terapeuţi utilizează chestionare standardizate pentru obţinerea rapidă a unor date precise privind aspectele sociodemografice ale pacientului, informaţii referitoare la religie, sexualitate, sănătate, educaţie etc.

13. *Formularea preliminară*. În acest stadiu al interviului, terapeutul trebuie să poată furniza pacientului o formulare preliminară a problemei sale. Aceasta va cuprinde, într-o manieră sintetică, o scurtă descriere a problemei, o explicaţie privind evoluţia acesteia (factori predispozanţi şi precipitanţi, resurse etc.) şi o prezentare a factorilor ce favorizează menţinerea acesteia.

Este foarte important ca pacientul să nu fie supraîncărcat cu informaţii şi să i se ofere posibilitatea de a da terapeutului un feedback

privind corectitudinea formulării. O regulă utilă este şi aceea ca terapeutul să folosească un vocabular accesibil pacientului şi să se exprime mai degrabă în propoziţii scurte decât în fraze lungi.

Este posibil ca formularea cu care se încheie primul interviu să evidenţieze nevoia obţinerii ulterioare de informaţii suplimentare fie prin autoobservare, fie din alte surse. De asemenea, terapeutul poate amâna formularea problemei până când aceste informaţii vor fi obţinute.

Terapeutul trebuie să nu uite niciodată că această primă formulare nu este altceva decât o ipoteză de lucru ce poate fi modificată în orice stadiu al terapiei, în funcţie de noile informaţii obţinute.

1.5. Tehnici specifice interviului de evaluare cognitiv-comportamentală

Interacţiunea verbală în cursul interviului cognitiv-comportamental implică atât tehnicile generale de formulare a întrebărilor, de ordonare a acestora şi de realizare a unui control adecvat al situaţiei de interviu, cât şi tehnici specifice. Vom prezenta, în continuare, tehnicile specifice interviului în TCC, aşa cum sunt ele rezumate de C. Mirabel-Sarron şi B. Riviere (1993).

Proceduri generale :

Colaborarea şi comprehensiunea reciprocă :

- terapeutul lucrează cu pacientul, adoptând un rol educativ ;
- terapeutul şi pacientul îşi furnizează reciproc mesaje tip feedback ;
- terapeutul solicită sugestii ;
- pacientul propune sugestii sau alternative ;
- terapeutul răspunde la feedback-ul pacientului şi la sugestiile lui ;
- terapeutul verifică periodic aspectele importante ce apar în discursul pacientului : „Vreţi să spuneţi că... ?" ;
- terapeutul realizează periodic rezumatul aspectelor importante pentru a se asigura de existenţa unei înţelegeri corecte.

Stabilirea agendei şedinţei (cu excepţia primei şedinţe) :

- pacientul şi terapeutul stabilesc, împreună, agenda viitoarei şedinţe de terapie ;

- subiectele incluse pe agendă vor fi formulate într-o manieră specifică şi se vor referi la un domeniu precis ;
- agenda şedinţei va fi organizată în funcţie de priorităţi ;
- agenda va fi adaptată în funcţie de timpul necesar desfăşurării şedinţei.

Reacţiile obţinute în timpul şedinţei :

- feedback cu privire la şedinţa precedentă.

Un timp terapeutic eficient structurat :

- terapeutul va aborda majoritatea subiectelor incluse în agendă şi va replanifica sarcinile neefectuate ;
- terapeutul este suficient de flexibil pentru a integra elemente importante neprevăzute în agendă.

Centrarea asupra problemei adecvat stabilite :

- terapeutul identifică problemele specifice ce urmează să fie abordate ;
- problemele alese sunt esenţiale pentru pacient ;
- problema care constituie principala sursă de disconfort pentru pacient este abordată cu atenţie ;
- terapeutul îşi consacră timpul unui număr de 1-2 probleme, evitând să treacă rapid prin prea multe subiecte.

Formularea întrebărilor şi adresarea lor :

- terapeutul îşi orientează întrebările cu competenţă pentru a evidenţia elementele clinice, experienţa prezentă şi trecută ;
- utilizează întrebări deschise ;
- foloseşte la minimum întrebări închise ;
- nu adresează întrebările într-un ritm rapid, lăsând suficient timp pentru reflecţie ;
- utilizează exemple ce ilustrează propunerile sale ;
- se foloseşte de întrebări pentru a ajuta pacientul să exploreze diferite aspecte ale unei probleme ;
- utilizează întrebări pentru a evalua certitudinile şi predicţiile pacientului ;
- întrebările puse permit apariţia unor soluţii diverse la problema pacientului ;

- întrebările permit anticiparea consecinţelor pozitive şi negative ale unei acţiuni.

Terapeutul furnizează periodic pacientului formulări rezumative :

- terapeutul reformulează cu regularitate problemele asupra cărora s-a lucrat în timpul şedinţei ;
- terapeutul explică tehnicile specifice ce vor fi utilizate pentru rezolvarea unei anumite probleme ;
- terapeutul rezumă progresele realizate în legătură cu problemele identificate.

Prescripţiile „temelor pentru acasă” :

- terapeutul trece în revistă sarcinile, temele prescrise pentru săptămâna în curs.

1.6. Modele de analiză funcţională în TCC

După cum am văzut şi din prezentarea anterioară a ghidului de interviu, obiectivul principal al terapeutului este acela de a obţine informaţii care să permită elaborarea unor ipoteze privind factorii de apariţie şi menţinere a comportamentelor-problemă ale pacientului. Analiza pe care o permite un astfel de interviu este „funcţională” deoarece îşi propune să precizeze cât mai clar posibil funcţia pe care o are comportamentul-problemă în sistemul psihocomportamental al pacientului. Analiza funcţională propune modele interactive ce relaţionează comportamentul-problemă de cogniţiile şi emoţiile pacientului, ca şi de antecedentele şi consecinţele sale.

Alăturăm, în rândurile ce urmează, analizei funcţionale realizate cu ajutorul ghidului de interviu deja prezentat şi alte modele de analiză.

1.6.1. *Modelul SORC*

Este cel mai simplu model, dar care descrie, într-o manieră evidentă, principiile de bază ale terapiei comportamentale, aşa cum au fost ele prezentate de unul dintre fondatorii săi – B.F. Skinner (fig. 4).

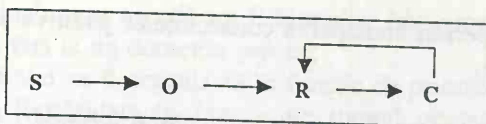


Figura 4. *Modelul SORC*

S: Stimulul ; de exemplu, pentru pacientul X, faptul de a se afla singur într-un loc public aglomerat.

O: Organismul şi ceea ce se petrece în interiorul său (emoţii, cogniţii, reacţii fiziologice) ; în exemplul nostru, pacientul X trăieşte o anxietate intensă.

R: Răspunsul ; pacientul X va începe să caute, într-o stare de agitaţie, o persoană cunoscută (soţul, soţia etc.) care îl securizează.

C: Consecinţe ; anxietatea pacientului scade imediat ce găseşte persoana căutată, ritmul cardiac se normalizează etc.

În această situaţie, *consecinţa* (scăderea anxietăţii) va întări pozitiv *răspunsul* (căutarea unui ajutor extern), adică îi va mări frecvenţa. Această formulare îi va permite terapeutului să stabilească strategia terapeutică gândind în termenii consecinţelor : vindecarea de agorafobie ar avea drept consecinţe contacte mai scăzute cu persoana apropiată respectivă (soţ/soţie, prieten etc.), respectiv trăirea unui sentiment de abandon.

1.6.2. *Modelul BASIC IDEA*

Acest model a fost propus de Lazarus în 1976 şi a fost completat de Cottraux în 1985 cu ultimele două litere ale acronimului, E şi A. Iniţialele au următoarele semnificaţii :

- **B** pentru *behaviour* (comportament) – comportamentul observabil al pacientului, cel pentru care solicită ajutor terapeutului ;
- **A** pentru afect – emoţii precum anxietatea, tristeţea, vinovăţia etc. ;
- **S** pentru senzaţii – senzaţiile corporale, în general semnele neurovegetative ale manifestărilor depresiv-anxioase (tahicardie, ameţeli, parestezii etc.) ;
- **I** pentru interpersonal – calitatea, numărul şi stilul relaţiilor interpersonale ale pacientului ;

- C pentru cogniţii – aşa cum apar ele în monologul interior al pacientului („Sunt un nimeni", „Dacă voi eşua, va fi o catastrofă" etc.) ;
- I pentru imagerie – acest item sugerează necesitatea de a explora atât imaginea mintală habituală a pacientului (de pildă, imaginea scenelor umilitoare, referitoare la insucces în cazul unui pacient deprimat), cât şi capacitatea sa de a produce aceste imagini, fapt care va permite alegerea unor tehnici precum desensibilizarea în plan imaginar ;
- D de la droguri (medicamente) – terapeutul va evalua impactul pe care substanţele psihotrope terapeutice sau neterapeutice îl au asupra comportamentului pacientului (alcoolul la o persoană cu anxietate socială, antidepresivele la un pacient obsesional etc.) ;
- E pentru expectaţii – ceea ce aşteaptă pacientul de la terapie, aşteptările şi rezervele sale. Deoarece ele au un impact major asupra terapiei, trebuie cunoscute pentru a fi stimulate sau modificate ;
- A pentru aşteptări – de data aceasta este vorba despre aşteptările terapeutului : ce anume aşteaptă de la terapie ? Pentru a răspunde la această întrebare, terapeutul trebuie, pe de o parte, să evalueze problemele pacientului, iar pe de altă parte, să fixeze, în raport cu acestea, obiective terapeutice foarte clare.

1.6.3. *Grila SECCA*

Această grilă a fost propusă de Cottraux (1985, 1990) şi ea vizează următoarele elemente :

S – stimul, situaţie
E – emoţie
C – cogniţii (gânduri, imagini mintale, sisteme de credinţe)
C – comportament
A – anticipare

Această grilă cuprinde o parte sincronică (actuală) ce permite analizarea unei secvenţe comportamentale : situaţie – emoţie – cogniţie – comportament – anticipare şi relaţiile acestor elemente cu anturajul pacientului. Pe de altă parte, grila SECCA permite şi o abordare istorică a pacientului. Schemele care urmează permit o mai bună înţelegere a

aspectelor sincronice şi diacronice ale analizei funcţionale realizate cu această grilă (fig. 5, 6).

Diacronie 1. Date structurale posibile: – genetice... – de personalitate... 2. Factori istorici de menţinere posibili... 3. Factori declanşatori iniţiali invocaţi... 4. Evenimente precipitante ale tulburărilor...	
Alte probleme: – – –	Tratamente anterioare: – – –

Figura 5. *Grila SECCA – analiza funcţională diacronică*

Figura 6. *Grila SECCA – analiza funcţională sincronică (după Cottraux, 1990)*

1.6.4. *Caracteristicile interviului clinic destinat analizei funcţionale în TCC*

O retrospectivă asupra ghidului de interviu prezentat, asupra tehnicilor de interacţiune verbală pe care acesta le implică, precum şi asupra modelelor de analiză funcţională ne permite să desprindem câteva caracteristici :

a) *Caracterul directiv*. Interviul este orientat spre culegerea unor informaţii precise privind comportamentele-problemă ale pacientului : durata comportamentului problemă, unde ?, când ?, cum ?, frecvenţa, cu cine sau cu ce ?, ce anume precedă comportamentul-problemă ?, ce anume diminuează comportamentul-problemă ?, ce amplifică problema comportamentală ?, ce inhibă comportamentul-problemă ?
   Aceste întrebări vizează principalele relaţii dintre mediu şi comportament.
b) *Caracterul experimental*. Informaţiile solicitate au ca scop formularea unei ipoteze de lucru privind apariţia, dezvoltarea şi menţinerea problemei, precum şi strategia terapeutică. Aceste informaţii conduc la un acord privind obiectivele terapiei şi rezultatele concrete ale acesteia.
c) *Căldura afectivă, ascultarea activă, toleranţa, empatia şi obiectivitatea* sunt, în mod frecvent, calităţi pe care terapeutul le manifestă în situaţia de interviu.
d) Terapeutul îşi propune *să stimuleze asumarea de către pacient a unui rol activ* în raport cu problemele sale. Terapeutul precizează, cu fiecare ocazie, că acestea sunt reversibile şi stimulează la pacient un comportament asertiv, combate credinţele iraţionale, îndeosebi cele referitoare la atotputernicia trecutului asupra prezentului („Orice învăţ are şi dezvăţ ! ") şi cele cuprinse în monologurile interioare („Nu voi ajunge nicăieri ! ", „Nu valorez nimic ! ").
e) În relaţia cu pacientul, *terapeutul se centrează pe aici şi acum*. Prezentul este cel care face obiectul analizei şi al intervenţiei, deşi trecutul nu este total neglijat. Se pot căuta factori declanşatori, situaţii traumatice repetitive..., dar cercetarea trecutului este strict subordonată modificării prezentului.

f) *Accent pe motivaţie*. Este vorba de motivaţia ambilor actori sociali – terapeut şi pacient. Clarificarea aşteptărilor acestora are ca efecte promovarea unei atitudini active din partea pacientului, definirea unei ipoteze de lucru eficiente şi punerea în practică a unui demers terapeutic într-un climat relaţional pozitiv.

Capitolul 2

Tehnici psihoterapeutice cognitiv-comportamentale

Terapia cognitiv-comportamentală debutează deseori cu analiza funcţională a comportamentului-simptom. După ce a construit o imagine coerentă a acestuia şi a identificat resursele psihocomportamentale ale pacientului, terapeutul selectează cele mai adecvate tehnici ce urmează a fi integrate în demersul terapeutic utilizat. Prezentăm, în continuare, câteva dintre tehnicile, procedurile şi modelele specifice terapiei cognitiv-comportamentale.

2.1. Relaxarea

Mulţi dintre pacienţii care solicită ajutor psihoterapeutic prezintă o tensiune fizică mărită a corpului. Această tensiune se poate exprima în multe feluri: teamă şi încordare excesivă în situaţii sociale, acuze directe de tensiune musculară, impotenţă şi frigiditate, dificultăţi legate de somn, hipertensiune arterială etc.

În mod surprinzător, doar învăţând pacienţii cum anume să se relaxeze este, deseori, suficient pentru ameliorarea multor probleme. Decât să caute motivele insomniei unui pacient, de pildă, terapeutul poate descoperi, în multe cazuri, că este mai eficient să-l înveţe câteva tehnici de relaxare. Simpla procedură a antrenării pacienţilor în obţinerea stării de relaxare poate fi o importantă cale de a-i conduce spre o imagine nouă despre ei înşişi şi despre ceea ce-i înconjoară. Descoperind

că-şi pot controla corpul, pacienţii pot începe să-şi rezolve problemele personale mai complexe.

De aceea, mulţi terapeuţi sunt din ce în ce mai bine pregătiţi în antrenarea pacienţilor lor pentru obţinerea relaxării. Într-un mic manual despre relaxare destinat pacienţilor trataţi cu ajutorul terapiei cognitiv-comportamentale, J. van Rillaer prezintă, în afara unui program de relaxare, şi câteva informaţii referitoare la utilitatea şi inconvenientele creşterii tonusului muscular, precum şi câteva dintre obiectivele antrenamentului pentru relaxare. Deoarece aceste informaţii pot stimula participarea activă a pacienţilor la propria terapie, considerăm util să prezentăm câteva dintre acestea.

În privinţa utilităţii şi a inconvenientelor creşterii tonusului muscular, pacientul trebuie să ştie că:

- tonusul muscular creşte imediat ce noi percepem o ameninţare sau o frustrare, simţim teamă sau iritare. Acest proces este un element al *reacţiei de alertă* a cărei funcţie este esenţială pentru supravieţuirea noastră în caz de pericol. Această reacţie pregăteşte organismul pentru acţiuni de luptă sau fugă, ceea ce cunoscutul fiziolog W. Cannon a numit *fight or flight reaction*. Cu cât angoasa, frica, iritarea sau mânia se intensifică, cu atât tonusul muscular creşte, în aşa fel încât dispunem de resurse musculare crescute pentru a acţiona rapid şi energic;
- există totuşi un revers al acestui proces. În situaţii care nu sunt în mod real periculoase, dacă suntem „în alarmă" şi nu avem o activitate motrice importantă, tonusul nostru devine excesiv, disfuncţional. Dacă această stare este frecventă sau cronică, hipertonia musculară poate deveni o cauză sau un factor de intensificare a tulburărilor somatice, cum ar fi oboseala cronică, durerile musculare, crampa scriitorului, torticolis spasmodic, cefaleea provocată de creşterea tensiunii arteriale, tulburările de vedere, dispneea (care determină oboseală şi iritabilitate), tulburările cardiovasculare şi gastrointestinale.

Pe de altă parte, creşterea tonusului muscular antrenează o intensificare a tensiunii psihice şi a emoţiilor. Acest proces constituie o verigă esenţială în următorul lanţ cauzal circular:

Situaţie stresantă ⇨ anxietate şi/sau iritare ⇨ creşterea tonusului muscular şi respirator ⇨ senzaţie de rău fizic sau senzaţii corporale neplăcute ⇨ intensificarea angoasei etc.

Urmând un program de relaxare, pacientul învaţă:

- să recunoască starea de tensiune;
- să-şi relaxeze corpul într-o manieră generală şi totală;
- să lase tensiunea să se orienteze spre anumiţi muşchi.

Lucrarea *The Treatment of Anxiety Disorders* (Andrews *et al.*, 1994) prezintă într-o manieră detaliată integrarea relaxării în programele de psihoterapie destinate diferitelor tulburări anxioase.

În continuare, vom prezenta un scurt exerciţiu de relaxare conceput după principiile tehnicii „relaxării musculare progresive" dezvoltate de E. Jacobson. Acest exerciţiu conduce pacientul la obţinerea şi conştientizarea relaxării prin contrast cu starea de tensiune musculară.

2.1.1. *Relaxarea musculară progresivă*

Mulţi oameni trăiesc un nivel atât de ridicat de tensiune, încât consideră că este foarte dificil pentru ei să înceapă să se relaxeze. Contrastul tensiune – relaxare evidenţiază pentru începătorii în învăţarea relaxării ce anume este starea de tensiune şi cum poate fi ea controlată sistematic.

Pentru început, persoana care urmează să se relaxeze trebuie să fie aşezată confortabil într-un fotoliu sau să stea întinsă.

1. Începeţi procedura recomandându-i pacientului să închidă ochii şi să inspire de câteva ori profund, expirând de fiecare dată treptat, prelung.
2. Spuneţi pacientului: „Sunteţi pe cale să începeţi un program sistematic de relaxare. Veţi descoperi că este ceva plăcut şi vom desfăşura exerciţiul în ritmul dumneavoastră. Dacă veţi considera că ritmul meu este prea rapid sau prea lent, spuneţi-mi. În general, eu voi şti cum vă simţiţi pe măsură ce vă voi observa reacţiile. Mai întâi, aş dori să vă încordaţi mâna dreaptă – foarte bine – strângeţi pumnul pentru aproximativ cinci secunde – unu, doi, trei, patru, cinci. Acum relaxaţi-o şi observaţi diferenţa dintre relaxare şi tensiune. Observaţi sentimentul de uşurare pe măsură ce relaxaţi mâna. Ceea ce urmărim este să acţionăm asupra corpului dumneavoastră într-o manieră asemănătoare, încordând şi relaxând alternativ fiecare grup muscular. Să începem...".

3. Continuaţi solicitându-i pacientului să încordeze şi să relaxeze mâna dreaptă încă o dată. Nu uitaţi să-i spuneţi pacientului să observe diferenţa dintre stările de încordare şi relaxare ale corpului. Conştientizarea tensiunii musculare este unul dintre obiectivele importante ale antrenamentului. După efectuarea celui de-al doilea ciclu încordare-relaxare cu mâna dreaptă, se continuă cu restul corpului în ordinea indicată la punctul 4. De fiecare dată, pacientul trebuie (a) să încordeze grupa musculară, (b) să păstreze tensiunea aproximativ cinci secunde, (c) să se relaxeze şi (d) să observe diferenţa dintre tensiune şi relaxare. Pe măsură ce antrenamentul progresează, nu este necesar vreun comentariu privind conştientizarea fiecărei grupe musculare, dar trebuie să menţionăm necesitatea de a conştientiza sentimentele contrastante (tensiune – relaxare) din când în când. Contracţia unei grupe musculare coincide cu inspiraţia urmată de o scurtă apnee. Contracţia musculară şi apneea durează între 5 şi 12 secunde (este mai bine totuşi să nu fim preocupaţi de cronometru). Decontractarea se efectuează destul de repede. Ea se face în acelaşi timp cu o expiraţie (realizată mai lent) şi cu enunţarea, în gând, a unui cuvânt-cheie ce evocă relaxarea („relaxare", „calm", „destindere" etc.).
4. Ordinea grupelor musculare care vor fi încordate-relaxate succesiv poate fi următoarea:
   - mâna dominantă şi antebraţ;
   - braţ dominant;
   - cealaltă mână şi antebraţ;
   - celălalt braţ;
   - gambă şi picior dominante (dacă pacientul este aşezat pe scaun – apasă puternic piciorul pe sol cu gamba contractată; dacă este culcat – contractează coapsa, apoi pulpa piciorului, cu piciorul orientat în prelungirea gambei, degetele îndreptate spre sol);
   - cealaltă gambă şi celălalt picior;
   - stomac;
   - umeri şi partea superioară a spatelui;
   - ceafa şi partea din spate a capului;
   - gât;
   - gură şi obraji;
   - ochi şi pleoape;

- frunte;
- întregul corp.

Şedinţa de relaxare se poate termina cu un exerciţiu de imagerie mintală în care pacientul se lasă absorbit de imagini şi experienţe mintale plăcute.

2.1.2. *Antrenamentul autogen*

O altă tehnică de relaxare frecvent utilizată este cea a antrenamentului autogen dezvoltată de J.H. Schultz. *Antrenamentul autogen* este astăzi una dintre tehnicile de psihoterapie cele mai utilizate, verificată experimental şi clinic, caracterizată prin simplitate şi economicitate.

Fundamentarea acestei metode de către J.H. Schultz, în Germania începutului de secol XX, se află într-o strânsă relaţie cu dezvoltarea hipnozei medicale, cu observaţiile lui Oskar Vogt despre hipnoza fracţionată şi „autohipnoză". Acesta nota că majoritatea subiecţilor hipnotizaţi raportau reacţii psihofiziologice de genul senzaţiilor de greutate şi căldură, modificări ale ritmului cardiac şi respirator, precum şi faptul că anumiţi subiecţi erau capabili să intre în transă hipnotică repetând ei înşişi în gând formulele utilizate de terapeut.

Pornind de la aceste idei, Schultz a elaborat un procedeu special, denumit de el „antrenament autogen" şi calificat drept „autorelaxare concentrativă". În această concepţie, relaxarea nu mai este rezultatul unui proces pasiv, ci al unei concentrări dirijate, selective asupra unor funcţii şi părţi ale corpului. Subiectul ajunge astfel, în urma unui antrenament, să trăiască senzaţii de greutate şi căldură, funcţionarea benefică a sistemului cardiovascular. Pe acest fundal, cu ajutorul unor „formule intenţionale" se ajunge la dezvoltarea eficienţei proceselor psihice, disciplină personală, spirit autocritic, autocontrol.

Meritul deosebit al lui Schultz constă în ideea de a supune învăţării procesul de decontractare a funcţiilor fiziologice, de a utiliza autosugestia pentru a învinge bariera autoridicată subconştient în numele libertăţii în faţa heterosugestiei hipnotice. Propunând un al doilea ciclu de exerciţii, Schultz îşi manifestă speranţa că, prin antrenamentul autogen, subiectul va ajunge nu doar la un echilibru psihofiziologic eficient, ci şi la restructurarea profundă a personalităţii, reuşind, în

urma unui proces meditativ la granița dintre raționament și imaginație, să-și domine masa reprezentărilor, a sentimentelor și chiar a evaluărilor etice.

Experiența clinică obținută demonstrează importanța deosebită a convorbirii introductive cu subiectul (subiecții), în care se explică principiul și scopul metodei, se explorează resursele reprezentativ-imaginative susceptibile să fie utilizate în alcătuirea formulelor intenționale, autosugestive. Persoana care solicită psihoterapie are nevoie de ajutor. În aceste condiții, a spune din capul locului că va practica o tehnică în care rolul principal îl va juca ea, a transfera adică, de la început, responsabilitatea vindecării asupra ei, care se simte slabă și dezorientată în fața problemelor cu care se confruntă, ne conduce la riscul de a împiedica din start formarea unei motivații adecvate de practicare a antrenamentului autogen. De aceea, prezentarea antrenamentului autogen trebuie transformată, încă de la început, într-un fel de demers inductiv-sugestiv care, prin claritate și expunere logică (sau doar aparent logică), să satisfacă „prejudecata hiperpozitivistă" a subiectului, să-i ofere *certitudinea* unei relații indubitabile între comportamentul prescris și efectele anticipate. În acest sens, G. Klumbies (1974) propune o prezentare care, în linii generale, are în vedere următoarele aspecte :

– sistemul nervos al fiecărui om are două mari părți componente : sistemul nervos de relație și sistemul nervos vegetativ ; sistemul nervos de relație coordonează funcții aflate în sfera controlului voluntar, adică acțiunile pe care dorim să le facem intenționat ; sistemul nervos vegetativ coordonează acele funcții ale corpului nesupuse controlului voluntar ;
– tulburările, problemele pe care le aveți dumneavoastră se datorează faptului că sistemul nervos vegetativ nu reacționează în concordanță cu împrejurările în care vă găsiți la un moment dat (de pildă, aveți stări de încordare, tensiune, neliniște în situații care nu le justifică sau aveți palpitații, senzații de sufocare, deși inima și plămânii nu sunt bolnavi și nici nu faceți eforturi deosebite etc.) ;
– deși funcțiile sistemului nervos vegetativ nu pot fi controlate voluntar, ele pot fi totuși influențate, pe o cale ocolită. Astfel, deși nu putem saliva la comandă, vom saliva cu siguranță dacă ne gândim intens la o masă copioasă. Rezultă, de aici, că pentru a influența funcțiile sistemului nervos vegetativ trebuie să apelăm la un releu de autosugestii și imagini ;

- antrenamentul autogen se bazează pe acest principiu, el fiind o succesiune de imagini şi sugestii adecvate, care vă vor conduce la realizarea unui autocontrol eficient al sistemului nervos vegetativ ;
- după cum observaţi, tehnica are în titlu cuvântul „antrenament" ; pentru a obţine efectele dorite trebuie deci să vă antrenaţi – eu voi fi antrenorul dumneavoastră –, să exersaţi consecvent o perioadă mai lungă de timp.

În afara exerciţiilor fundamentale de obţinere a senzaţiilor de greutate şi căldură – expresii subiective ale relaxării exemplificate, ca atare, pacientului prin referirea la anumite situaţii cotidiene sau utilizând reprezentarea unor întâmplări deosebite trăite în copilărie – antrenamentul autogen cuprinde exerciţii pentru cord, plămâni, abdomen, cap. Menţionând că antrenamentul autogen se desfăşoară într-o cameră cu un bun confort termic şi senzorial, într-o poziţie comodă (pe pat – în decubit dorsal, pe scaun – în „poziţia birjarului" sau într-un fotoliu), vom prezenta mai jos un model de antrenament autogen, ciclul inferior (model adaptat după tehnica lui Schultz).

I. Exerciţiul de greutate

„Sunt în întregime liniştit şi cu desăvârşire calm."
„O linişte plăcută mă înconjoară."
„Totul trece pe lângă mine ca pe lângă un copac : neutru, absent, indiferent."
„Braţul meu drept devine din ce în ce mai greu."
„Greutatea de plumb se furişează irezistibil cuprinzându-mi umărul, braţul, mâna, degetele."
„Inert, braţul adormit se lipeşte de patul pe care stau întins, atras ca de un magnet uriaş."
„Linişte, greutate, repaus."

Folosind formule asemănătoare, subiectul se concentrează pentru inducerea progresivă a senzaţiei de greutate la braţul stâng, la piciorul drept şi apoi la cel stâng.

Pentru generalizarea senzaţiei de greutate :

„O linişte plăcută mă înconjoară".
„Sunt cu desăvârşire calm, profund liniştit".

„Am senzaţia că îmi privesc corpul din exterior: îmi văd picioarele inerte, braţele încremenite, faţa adormită".

„Corpul întreg, greu, liniştit, adormit intră în ordinea şi echilibrul firesc al nefiinţei obiectelor ce mă înconjoară".

„Linişte, greutate, repaus".

II. Exerciţiul de căldură

„O căldură plăcută îmi cuprinde braţul drept."

„Căldura odihnitoare se furişează din umăr până în vârful fiecărui deget."

„Fluidul greu şi cald al stării de repaus inundă fiecare fibră, fiecare articulaţie a braţului adormit."

Pentru generalizarea senzaţiei de căldură:

„Mă las legănat de foşnetul monoton al valurilor ce mângâie nisipul fierbinte al plajei pe care stau întins".

„Corpul întreg este îmbrăţişat de razele fierbinţi ale soarelui, toropit de nisipul fierbinte ce mă înconjoară" etc.

III. Exerciţiul pentru cord

„Inima bate ritmic, egal, liniştit."

„Inima pompează liniştit sângele cald în tot corpul asemenea celui mai desăvârşit mecanism care există."

„Inima funcţionează de la sine, ritmic, egal, liniştit."

IV. Exerciţiul pentru controlul respiraţiei

„Aerul intră şi iese în voie din plămâni."

„Plămânii respiră singuri, întregul corp respiră prin toţi porii săi."

„Respir liber, de la sine, aerul curat ce mă înconjoară."

V. Exerciţiul pentru plexul solar

„Plexul solar, soarele corpului meu, centrul în care este concentrată acum căldura întregului corp."

„Inima pompează sângele cald în primul rând spre abdomenul adormit."

„Muşchii abdomenului sunt destinşi, orice tensiune dispare."

VI. Exerciţiul pentru cap

„Îmi simt capul liber şi liniştit."

„Pleoapele adormite acoperă globii oculari absenţi la tot ce mă înconjoară, toropiţi de linişte şi amintiri."

„O boare uşoară adie răcorindu-mi fruntea."
„Tâmplele sunt cuprinse de aerul rece ce mă împresoară."

Practicarea acestor exerciţii va fi însoţită de explicaţiile necesare în scopul unei raţionalizări pozitive, ce va susţine apariţia efectelor scontate. Astfel, senzaţia de greutate este expresia subiectivă a relaxării musculare pe care o trăim ; vasele de sânge ce conţin fibre musculare se dilată în urma relaxării ; vasodilataţia periferică înseamnă mai mult sânge în periferie, deci mai multă căldură ; redistribuirea masei sangvine în timpul relaxării conduce la apariţia senzaţiei de căldură în membre şi zona plexului solar, dar şi a senzaţiei de răcoare în zona temporofrontală. Relaxarea profundă şi de durată, prin vasodilataţia periferică ce o presupune, poate conduce la pierderea excesivă a căldurii, fapt ce poate activa un mecanism reflex de contracţie în scopul limitării acestei pierderi. Acest fenomen este în măsură să explice contracţiile cataleptice care pot apărea spontan.

Pentru practicarea antrenamentului autogen trebuie evitate poziţiile asociate de subiect cu situaţiile anxiogene (de exemplu, „poziţia mortului") sau sugestiile care pot antrena trăirea unor senzaţii neplăcute. Antrenamentul autogen se desfăşoară în perioada de învăţare sub îndrumarea unui specialist (psiholog, medic) de 2-3 ori pe săptămână, subiectul practicând individual, zilnic, şedinţe scurte de câteva minute, care, după însuşirea temeinică a tehnicii, pot ajunge până la 15 minute.

2.2. Desensibilizarea sistematică

2.2.1. *Definiţie*

Terapia comportamentală a fobiilor derivă direct din cercetările lui J. Wolpe (1958, 1961) asupra desensibilizării sistematice. Atât Mowrer, cât şi Wolpe au considerat comportamentul de evitare responsabil pentru menţinerea fobiei. Dacă acesta este eliminat, şi pacientul reuşeşte să intre în contact cu stimulul fobogen, atunci el învaţă că stimulul nu este de fapt periculos, invalidează credinţele iraţionale, imaginea sa despre el. Terapia implică un contact repetat cu stimulul fobogen până când anxietatea începe să se diminueze. Expunerea la stimulul anxiogen

întrerupe cercul vicios ce menţine simptomele şi facilitează învăţarea unor noi comportamente mai adaptative. Problema centrală ce trebuie rezolvată de terapeut este aceea de a convinge pacientul să intre în contact cu situaţiile care, pentru el, sunt neplăcute şi generatoare de teamă. Problema poate fi rezolvată dacă expunerea se face treptat la stimuli cu potenţial fobogen progresiv, iar pacientul învaţă să producă un răspuns comportamental incompatibil cu teama – de exemplu, relaxarea. Acestea sunt ideile de forţă ale desensibilizării sistematice. Ea conţine trei paşi importanţi :

1. Antrenament în relaxarea musculară profundă.
2. Construcţia listelor ierarhice cu situaţiile anxiogene.
3. Expunerea la stimulii din listele ierarhice concomitent cu inducerea unei stări de relaxare.

Deoarece am prezentat deja câteva tehnici de obţinere a relaxării în paragraful precedent, vom expune, în continuare, câteva consideraţii despre celelalte etape ale desensibilizării sistematice.

2.2.2. *Construirea listelor ierarhice cu situaţii anxiogene*

Alcătuirea acestor liste este probabil cel mai important pas al tratamentului prin expunere, deoarece o bună ierarhizare a situaţiilor anxiogene asigură succesul exerciţiilor practice. O astfel de listă trebuie să reflecte întreaga gamă de situaţii evitate de pacient, începând cu cele care provoacă o anxietate uşoară până la cele ce induc o anxietate puternică. Practica evidenţiază că pacientul enumeră mai uşor aceste situaţii anxiogene, dar îi este mai greu să le ierarhizeze. Pentru a le ierarhiza, el poate folosi o scară cu 11 trepte (0-10) sau o evaluare procentuală (0-100), în funcţie de nivelul anxietăţii indus de situaţia respectivă sau al tendinţei de evitare a acesteia.

Iată procedeul sugerat de Wolpe şi Lazarus (1966) : „Gândiţi-vă la cea mai intensă anxietate pe care aţi trăit-o vreodată sau pe care puteţi să v-o imaginaţi şi atribuiţi-i acesteia numărul 100. Acum gândiţi-vă la starea de calm absolut pe care aţi putea să o trăiţi şi notaţi-o cu 0. Acum aveţi o scală. Pe această scală cum vă evaluaţi starea actuală ? ”.

De multe ori, pacientul poate identifica mai uşor situaţiile extreme ale acestei ierarhii. Sarcina terapeutului este de a provoca pacientul să

identifice cât mai multe situaţii intermediare, deşi nu este obligatoriu să se identifice câte un item pentru fiecare punct al scalei. Trebuie să ştim însă un lucru : cu cât „paşii" pe care ni-i propune această scală în procesul desensibilizării sunt mai mici, cu atât succesul exerciţiilor de expunere este mai sigur.

Listele ierarhice - adevărate scări personalizate de anxietate - pot conţine atât stimuli anxiogeni interni (de exemplu, o boală anume), cât şi stimuli anxiogeni externi (aglomeraţia, un animal oarecare etc.).

Construirea listelor ierarhice poate fi uşurată prin adoptarea unor strategii specifice. Astfel, dacă fobia este bine circumscrisă la un obiect sau situaţie (cum ar fi teama de un animal, de o boală etc.), se poate utiliza ca bază a exerciţiilor practice orice mijloc de comunicare ce asigură legătura cu obiectul fobogen. Pacientul ar putea, de exemplu, să citească, să scrie, să vorbească despre obiectul fobogen sau să privească fotografii ori imagini filmate ale acestuia.

O altă strategie este aceea de a identifica factorii care mediază nivelul anxietăţii trăite. De exemplu, în cazul unei fobii sociale, situaţiile sociale fobogene pot varia în dificultate în funcţie de numărul oamenilor prezenţi, vârsta, sexul şi nivelul lor de autoritate în raport cu pacientul, ori în funcţie de caracterul formal al situaţiei, momentul zilei, condiţiile ambientale etc.

Uneori, situaţiile evitate ar putea fi văzute ca nefiind relaţionate, neavând o temă comună (de pildă, a vorbi la telefon, a mânca la cantină, a face cumpărături etc.). În acest caz se va decide dacă se vor alcătui liste ierarhice pentru abordarea fiecărei fobii sau dacă ele vor fi incluse pe aceeaşi listă.

Cu cât situaţiile de desensibilizare sunt mai variate, cu atât este mai bine pentru pacient. Practica desensibilizării este o întreprindere dificilă, poate plictisi sau poate ea însăşi provoca anxietate. O mai mare varietate creşte motivaţia de participare, încrederea, precum şi probabilitatea ca ameliorarea unor aspecte ale fobiei să se generalizeze şi asupra altora.

Strategiile menţionate mai sus pot fi utilizate şi pentru a segmenta unele sarcini de expunere în paşi mai mici atunci când următoarea sarcină din ierarhie este prea dificilă ; de exemplu, un pacient agorafobic poate face mai uşor cumpărături într-un mare magazin dacă va fi aşteptat, în maşină sau la ieşirea din magazin, de un prieten.

2.2.3. *Expunerea sistematică a pacientului la situaţiile anxiogene din lista ierarhică*

Precizăm că prin „expunere” vom înţelege contactul cu ceva (obiect, situaţie etc.) care este în mod obişnuit evitat, deoarece este provocator de teamă. Pentru a fi eficientă, expunerea trebuie să fie *gradată*, *repetată*, *prelungită*, iar sarcina practică trebuie foarte clar specificată pacientului.

Prima sarcină de expunere trebuie să fie suficient de uşoară pentru a putea fi realizată de pacient, dar suficient de dificilă pentru a provoca o anumită anxietate. Sarcinile neanxiogene nu sunt utile deoarece nu provoacă un context adecvat achiziţiei unor noi comportamente. Sarcinile de expunere trebuie repetate *frecvent şi regulat* până când vor fi asociate cu un grad de anxietate din ce în ce mai mic sau cu lipsa acesteia, iar progresul va fi în funcţie de intervalul dintre exerciţiile de expunere. În general, cu cât exerciţiile sunt mai frecvente, cu atât dispariţia tulburărilor anxioase va fi mai rapidă.

De asemenea, cu cât este mai complexă fobia, cu atât terapia va fi mai lungă. În general, 8-10 şedinţe sunt suficiente pentru ca pacientul să-şi însuşească metoda expunerii, urmând apoi să o aplice singur, cu un ajutor minim din partea terapeutului. Oricum, pacientul trebuie încurajat să ajungă cât mai repede la sarcinile din vârful ierarhiei situaţiilor anxiogene, imediat ce anxietatea s-a diminuat în prezenţa sarcinilor mai uşoare.

În continuare, prezentăm schema unui exerciţiu de expunere care respectă filosofia desensibilizării sistematice :

1. Pacientului i se spune că va trebui să-şi imagineze (sau să se gândească la) diverse situaţii din lista ierarhică. Se va lucra asupra acestor situaţii separat, succesiv, începând cu elementele cele mai puţin anxiogene ale fiecărei teme sau situaţii.
2. Pacientului i se spune – dacă devine anxios în timp ce-şi imaginează stimulii anxiogeni – să ridice degetul arătător.
3. Pornind de la o temă anume, pacientului i se spune să-şi imagineze cel mai puţin anxiogen stimul (situaţie) al temei respective ; apoi să se gândească sau să intre imaginar într-un contact strâns cu stimulul respectiv, după care să se relaxeze ; acest ciclu, contact imaginar cu

stimulul anxiogen – relaxare, va fi repetat de mai multe ori până când pacientul învaţă să răspundă la imaginea stimulului anxiogen prin relaxare. Dacă începe exerciţiul cu situaţia notată cu 0 (zero) – adică aceea care îi sugerează liniştea şi calmul desăvârşit, atunci i se cere să conştientizeze sentimentul de linişte şi relaxare, apoi să se deplaseze treptat spre celelalte situaţii din lista ierarhică, vizualizându-le; vizualizând aceste situaţii anxiogene, pacientul învaţă să conştientizeze apariţia tensiunii şi a încordării musculare şi să se relaxeze utilizând tehnica de relaxare însuşită anterior.

4. Când pacientul indică dispariţia anxietăţii în contact cu o anumită temă (situaţie) din lista ierarhică, atunci se trece la următoarea.

Avantajul desensibilizării sistematice prin contactul imaginar cu stimulii anxiogeni îl constituie reglarea nivelului anxietăţii cu care este confruntat pacientul; expunându-se la situaţii cu potenţial anxiogen crescător, probabilitatea ca pacientul să nu-şi mai poată controla comportamentul scade semnificativ. Această tehnică s-a dovedit utilă în terapia multor fobii şi stări anxioase determinate de situaţii diverse: animale, examene, evenimente sociale; de asemenea, desensibilizarea sistematică a fost utilizată şi în terapia impotenţei şi a frigidităţii (Ivey *et al.*, 2002).

Tehnica desensibilizării sistematice poate fi utilizată şi pentru realizarea desensibilizării *in vivo*, în care pacientul intră în contact real cu stimulii sau situaţiile fobogene. Desensibilizarea sistematică *in vivo* este organizată într-o manieră asemănătoare desensibilizării în plan imaginar. Totuşi, alcătuirea unei ierarhii corespunzătoare a situaţiilor reale fobogene şi utilizarea terapeutică a acesteia se poate dovedi o sarcină mult mai dificilă decât alcătuirea listei ierarhice utilizate în desensibilizarea în plan imaginar. În plus, există riscul ca pacientul să dezvolte un sentiment de dependenţă securizant în raport cu persoana (terapeut, rudă, prieten) care îl asistă în timpul exerciţiilor practice de desensibilizare; de aceea, terapia poate fi considerată încheiată doar atunci când pacientul va putea intra singur, fără a fi asistat de o altă persoană, în contact cu situaţiile anxiogene.

Terapia prin expunere trebuie adaptată la fiecare pacient. De obicei, ea se practică în şedinţe de 45 de minute fiecare, timp în care sunt evaluate rezultatele obţinute de pacient, se practică exerciţii de desensibilizare

sistematică în plan imaginar, se organizează sarcinile de expunere pe care pacientul le are de îndeplinit în afara şedinţei. Uneori, partenerul (soţul, soţia) pacientului ori o rudă apropiată a acestuia pot colabora la efectuarea tratamentului în afara cabinetului terapeutului. Aceste persoane vor învăţa să recompenseze corespunzător comportamentele pacientului, să-l sfătuiască şi să-l motiveze.

2.3. Antrenamentul asertiv

2.3.1. *Definiţie*

Prin comportament asertiv, sau comportament prin care cineva se afirmă pe sine însuşi, înţelegem „un comportament ce îi permite unei persoane să acţioneze cât mai bine în interes propriu, să îşi apere punctul de vedere fără o anxietate exagerată, să-şi exprime sentimentele în mod sincer şi să se folosească de propriile drepturi fără a le nega pe ale celuilalt" (J. Cottraux, 2003).

Pe scurt, comportamentul asertiv se caracterizează prin:

- autovalorizare, credinţă în dreptul de a-ţi exprima propriile opinii şi de a acţiona pentru satisfacerea propriilor nevoi;
- capacitatea de a comunica, de a împărtăşi propriile experienţe cu ceilalţi, mai degrabă decât de a păstra totul în tine;
- respectarea drepturilor şi a nevoilor celorlalţi;
- capacitatea de a alege cum să răspunzi oamenilor şi situaţiilor;
- sentimente confortabile în legătură cu propria persoană, cu nevoile şi acţiunile personale.

Tehnicile antrenamentului asertiv îşi au originea în scrierile lui Wolpe (1958), Wolpe şi Lazarus (1966) şi Salter (1949). Wolpe, fondatorul desensibilizării sistematice, diferenţiază între comportamentul asertiv şi cel agresiv şi utilizează jocul de rol ca tehnică de bază a antrenamentului asertiv. Ulterior, Wolpe şi Lazarus descriu şi alte tehnici utile în acest domeniu: modelarea, autofeedback-ul, prescripţii comportamentale care trebuiau realizate de pacienţi între şedinţe. Salter a descris şase „exerciţii stimulative" pe care pacienţii săi trebuiau să le

practice cu regularitate. Acestea sunt şi astăzi utilizate în diverse programe de dezvoltare a asertivităţii. Iată-le în continuare:

- exerciţii de exprimare a diverselor sentimente;
- exerciţii de exprimare a opiniilor contrare;
- exerciţii de exprimare a unor sentimente diferite doar prin utilizarea mimicii;
- exerciţii de realizare a unor afirmaţii la persoana întâi – „Eu" (vorbirea la persoana întâi şi asumarea sentimentelor şi a comportamentelor proprii mai degrabă decât indicarea lor într-o manieră impersonală – „în general, oamenii vorbesc... gândesc... simt...");
- exerciţii de adresare/primire de complimente;
- exerciţii de improvizare de răspunsuri verbale şi nonverbale în situaţii interpersonale.

Majoritatea programelor de antrenament al asertivităţii cuprind următoarele aspecte importante:

- identificarea aspectelor verbale şi nonverbale ale comportamentului asertiv şi diferenţierea acestora de cele ale comportamentelor agresive şi pasive;
- identificarea gândurilor automate iraţionale asociate comportamentului nonasertiv;
- dezvoltarea unor deprinderi asertive;
- integrarea informaţiilor şi a deprinderilor cu caracter asertiv în comportamentul interpersonal cotidian.

Vom prezenta în continuare un astfel de program care valorifică informaţiile prezentate în câteva lucrări importante din domeniu (Bedell şi Lennox, 1997; Cottraux, 2003; Andrews *et al.*, 1997; Ivey *et al.*, 2002).

2.3.2. *Aspecte verbale şi nonverbale ale comportamentelor asertive, agresive şi pasive*

Asertivitatea, agresivitatea şi pasivitatea reprezintă forme diferite de manifestare în relaţiile interpersonale, fiecare dintre acestea exprimându-se verbal şi nonverbal într-o manieră specifică. Cunoaşterea lor reprezintă o primă condiţie a dezvoltării capacităţii de autocontrol în

situaţii sociale. Ştim cu toţii situaţia în care un timid, încercând să-şi controleze emotivitatea, devine obraznic ; el trece de la un comportament pasiv la unul agresiv, între altele pentru că nu diferenţiază bine între aceste manifestări şi cele specifice comportamentului asertiv.

În continuare, prezentăm rezumativ aspectele verbale şi nonverbale ale comportamentelor asertive, agresive şi pasive (Bedell şi Lennox, 1997).

a) *Aspecte verbale*

Comportament asertiv

- comportament verbal ce reflectă decizia de a ţine cont de dorinţele celorlalţi concomitent cu promovarea dorinţelor proprii. Poate să implice compromisul, decizia unei părţi de a sacrifica parţial dorinţele, proiectele sale, astfel încât ambele părţi să aibă un anumit beneficiu ;
- comportament verbal, care exprimă direct dorinţele, aşteptările şi sentimentele ;
- comportament verbal socialmente adecvat.

Comportament agresiv

- comportament verbal ce reflectă decizia de a nu ţine cont de dorinţele celorlalţi, concomitent cu tendinţa de a-şi impune dorinţele şi proiectele proprii ; nu ia deloc în calcul compromisul ;
- cel mai adesea nu implică o exprimare directă a dorinţelor, aşteptărilor şi sentimentelor ;
- comportamentul verbal este frecvent inadecvat din punct de vedere social.

Comportament pasiv

- comportament verbal ce exprimă decizia de a nu ţine cont de dorinţele personale concomitent cu permisiunea acordată celorlalţi să-şi promoveze dorinţele şi proiectele ;
- implică fie (a) incapacitatea de a exprima dorinţele, aşteptările şi sentimentele, fie (b) exprimarea indirectă a acestora, fapt ce poate să determine comunicarea lor într-o manieră defensivă, parcă cerând scuze, ori la minimizarea importanţei lor.

Deşi toate aceste manifestări pot conduce la atingerea obiectivelor personale, pe termen lung comportamentele agresive şi pasive pot avea consecinţe negative asupra relaţiilor interpersonale.

Interacţiunile sociale presupun nu numai manifestări verbale, ci şi nonverbale. Cunoaştem toţi cât de important este *cum* spunem ceea *ce* spunem ; de asemenea, incongruenţa dintre mesajele verbale şi cele nonverbale poate fi sursa unor probleme relaţionale importante.

Indicatorii nonverbali ai comportamentului care completează conţinutul verbal al mesajelor transmise includ : contactul vizual, distanţa dintre părţi, postura corpului, gesturile mâinilor, expresiile faciale, mişcările corpului şi aspecte ale vocii (tonul, volumul, intonaţia etc.).

b) *Aspecte nonverbale*

Comportamentul asertiv

- contact vizual : contact vizual direct fără a fixa interlocutorul.
- postura : cu faţa orientată spre interlocutor ; cu faţa orientată spre interlocutor sau aşezat oblic, păstrând o poziţie asimetrică ; braţele şi picioarele relaxate ; corpul poate fi înclinat uşor spre interlocutor.
- gestică : relaxată, mişcări calme ce accentuează comunicarea verbală ;
- distanţă : menţinerea unei distanţe adecvate conversaţiei, aproximativ 0,5-1 m ;
- latenţă : răspunsuri formulate fără ezitare după ce interlocutorul a terminat de vorbit ;
- vocea : fermă ; volum suficient fără a fi prea ridicată ; bine modulată, viteză normală.

Comportament agresiv

- contact vizual : fără expresie, strâns, rece, care fixează interlocutorul ;
- postură : rigidă, încordată, corp tensionat, picioare depărtate, poziţie asimetrică ;
- gestică : mâini încleştate sau pe şolduri ; gesturi abrupte sau largi ; gesturi directive ;
- distanţa : mai mică decât 0,5 m ;

- latenţă : latenţă foarte scurtă, întreruperi frecvente ;
- voce : foarte ridicată, ritm rapid.

Comportament pasiv

- contact vizual : priveşte în jos sau aiurea ;
- postura : nu stă în faţa interlocutorului ; rigidă, simetrică sau încovoiată ; defensivă ;
- gestică : mâini neliniştite ; mişcări ezitante, neliniştite ; gesturi de mică anvergură orientate spre propriul corp ;
- distanţă : mai mare de 1 m ;
- latenţă : pauze mari între momentul în care interlocutorul a terminat ceea ce a avut de spus şi răspuns ;
- voce : volum foarte scăzut ; monotonă, ritm scăzut.

Indicatorii verbali şi nonverbali ai comportamentului trebuie interpretaţi ţinând cont de contextul social şi cultural al interacţiunii. Ceea ce este considerat asertiv într-un context poate fi apreciat ca agresiv în altul. De aceea, pentru a defini corect un comportament asertiv, trebuie să luăm în calcul trei factori (Cottraux, 2003, p. 142) :

- descrierea comportamentului verbal şi nonverbal ;
- intenţia subiectului şi sistemul său de credinţe ;
- contextul social în care se desfăşoară comportamentul.

Jocurile de rol utilizate în antrenamentul asertiv pot dezvolta deprinderile necesare exprimării verbale şi nonverbale adecvate contextului :

⇨ ***Exemplu*** :

Şeful iese din biroul lui şi îţi pune în faţă ultima ta lucrare : „Este o mizerie ! " – spune el. Cum îi răspunzi ?

Nonasertiv : Îmi pare rău – este aşa de rea ?

Agresiv : Bine, dacă este aşa de rea, nu ai decât să o faci tu din nou.

Asertiv : Cred că ar putea fi mai bună dacă ai putea să-mi spui ce-i greşit şi cum aş putea să o îmbunătăţesc.

2.3.3. *Identificarea credinţelor asociate comportamentului nonasertiv*

A. Gavin (1997) prezintă câteva „mituri" care subminează comportamentul asertiv al oamenilor. Credinţele menţionate de acesta sunt numite „mituri" deoarece rareori oamenii le verifică prin confruntarea cu realitatea. Cunoaşterea şi testarea lor de către o persoană nonasertivă reprezintă o modalitate de schimbare a interacţiunilor sociale într-o direcţie care să-i permită afirmarea de sine.

1. *Mitul „bunului prieten"*. Are la bază ceea ce se numeşte „lectura gândurilor" sau „divinaţie". Ceilalţi, cu atât mai mult dacă îmi sunt buni prieteni, *ar trebui* să ştie ce-mi place sau ce mă deranjează : „Dacă m-ar iubi cu adevărat, ar şti ce-mi place (ce mă deranjează) ! ". În realitate, ce este important pentru mine ar putea fi mai puţin important pentru unul dintre prietenii mei (de pildă, punctualitatea la o întâlnire !) şi acest fapt este ceva normal, care nu trebuie să-mi determine interogaţii fundamentale cu privire la valoarea propriei persoane, la calitatea de prieten a celuilalt.
2. *Mitul anxietăţii*. Influenţează viaţa celor care îşi spun : „Este ruşinos şi un semn de slăbiciune să fii anxios în orice moment". Acest tip de afirmaţie trece cu vederea faptul că există situaţii în care oricine devine anxios. Cine crede în acest „mit" va evita orice situaţie în care există posibilitatea de a deveni anxios şi, de aceea, se privează de foarte multe lucruri. Orice situaţie nouă poate fi, într-un anumit grad, anxiogenă ; a evita astfel de situaţii înseamnă a te izola, a lăsa viaţa să fie invadată de rutina lucrurilor obişnuite.
3. *Mitul obligaţiei*. Persoanele care se conduc după acest mit îşi spun : „Dacă prietenul meu îmi cere ceva, eu trebuie să spun *da* dacă îi sunt un bun prieten". În aceeaşi măsură, pentru astfel de persoane este valabilă şi afirmaţia inversă, conform căreia un bun prieten nu-i va refuza niciodată o favoare. Acest mit induce trăirea unui sentiment de obligaţie în relaţiile interpersonale care va bruia manifestările autentice : pe de o parte, obligaţia de a spune *da* la orice cerere făcută de un prieten, pe de altă parte, disconfortul determinat de ideea că prietenii te ajută din obligaţie !

4. *Mitul „rolurilor sexuale".* Îi conduce pe unii oameni să se comporte nu în acord cu ceea ce simt şi gândesc cu adevărat, ci în funcţie de ceea ce cred ei că ceilalţi consideră că ar trebui să facă un bărbat „adevărat" sau o femeie„adevărată" ! De câte ori nu auzim îndemnul – „Comportă-te ca un bărbat ! " sau „În orice familie, soţiile...". Reproşurile sau îndemnurile de acest fel îşi au originea în unele prejudecăţi şi stereotipuri sociale şi au, de cele mai multe ori, un scop manipulativ.
   La acestea putem adăuga alte două credinţe (postulate) menţionate de Cottraux (2003).
5. *Supunerea pentru a obţine afecţiune.* „Oriunde m-aş afla, trebuie să fiu iubit cu sinceritate şi aprobat de toţi cei pe care îi consider importanţi, dacă nu, nu valorez nimic." Persoana nonasertivă care se conduce după acest postulat va dezvolta, în orice relaţie interpersonală în care există riscul pierderii aprobării şi a afecţiunii celorlalţi, o atitudine defensivă şi conformistă exagerată.
6. *Postulatul perfecţionist.* „Trebuie să dovedesc întotdeauna că sunt competent, adaptat şi performant ; trebuie să am talent şi să realizez lucruri importante în viaţă, altfel nu valorez nimic." Teama de a fi evaluat negativ este una dintre temele fundamentale ale subiectivităţii pacientului cu fobie socială. Dominat de ideea performanţei, el dezvoltă o anxietate anticipativă care, fie declanşează o cauzalitate circulară ce întreţine insuccesele, fie se exprimă în comportamente de evitare.

2.3.4. *Drepturi asertive*

A fi asertiv înseamnă să ai capacitatea de a-ţi promova propriile drepturi, luând în consideraţie, în acelaşi timp, şi drepturile celorlalţi. „Drepturile asertive" enumerate mai jos pot fundamenta relaţii interpersonale mai sănătoase, dacă ne vom aminti întotdeauna că şi interlocutorul nostru are aceleaşi drepturi ca şi noi.

Prin urmare, fiecare dintre noi are dreptul de :

- a fi propriul judecător a ceea ce face şi spune ;
- a nu oferi motive şi scuze pentru propriul comportament ;
- a nu fi responsabil pentru descoperirea soluţiilor la problemele celorlalţi ;

- a se răzgândi ;
- a face greşeli ;
- a spune „nu ştiu" ;
- a lua propriile decizii ;
- a spune „nu înţeleg" ;
- a spune „nu-mi pasă" ;
- a spune „nu" fără sentimente de vinovăţie.

2.3.5. *Deprinderi protective*

Deprinderile protective descrise în continuare sunt utile pentru protecţia pacientului, dar şi a noastră, a tuturor, în situaţii sociale în care interlocutorul/interlocutorii răspund la un comportament normal, asertiv, printr-un comportament nonasertiv, iraţional. Prin urmare, recomandarea este ca, mai întâi, să răspundem asertiv, într-o manieră constructivă şi doar când interlocutorul se comportă nerezonabil, iraţional ori agresiv să apelăm la comportamentele protective descrise mai jos.

1. *Tehnica „discului defect"*. Atunci când este clar că celălalt îţi refuză dreptul de a spune *nu* sau de a-ţi exprima propria opinie, este timpul să întrerupi orice explicaţie şi să răspunzi la orice întrebare repetându-ţi răspunsul fără întrerupere (aşa cum se întâmplă atunci când acul se blochează pe un disc de patefon defect). Răspunsul va fi repetat liniştit, fără schimbări de ritm, fără justificări sau sentimente agresive. Această tehnică întrerupe ciclul întrebare-răspunsuri (argumentare) ce poate escalada până la nivelul unui conflict.
2. *Ignorarea selectivă* implică nefurnizarea nici unui răspuns la anumite aspecte ale mesajului transmis nouă de interlocutor. Acest comportament este util în situaţia în care cineva continuă să provoace o dispută în legătură cu un eveniment din trecut, în ciuda unui mesaj clar că noi nu mai dorim să mai discutăm despre el. Dacă nu răspundem criticilor lui referitoare la acest eveniment, continuând în acelaşi timp să răspundem la alte aspecte ale conversaţiei, interlocutorul probabil va obosi să ne tot critice. Desigur, nu întotdeauna este uşor să ignorăm criticile, mai ales cele incorecte. Uneori, este bine să ne adresăm interlocutorului utilizând o formulă precum :

„Aud ceea ce-mi spui, dar am de gând să nu-ţi mai răspund de acum înainte. Am discutat aceste aspecte mai înainte, şi-mi cunoşti punctul de vedere. Dacă le vei mai aduce în discuţie, le voi ignora. Asta nu înseamnă că nu sunt gata să discut cu tine despre orice altceva".

3. *Mânia dezarmantă*. Această tehnică implică un schimb. Când cineva este în mod nejustificat agresiv cu noi, este posibil să-i potolim mânia refuzând să mai continuăm discuţia. De pildă, îi putem spune: „Pot discuta despre orice vrei, dar nu pot atât timp cât eşti mânios. Calmează-te şi apoi vom discuta". Dacă, în timpul disputei, şi noi, şi partenerul suntem la fel de mânioşi, este mai bine să-i sugerăm acestuia că amândoi avem nevoie de un *time out*, fără să ne învinovăţim reciproc pentru starea noastră: „Uite, amândoi suntem prea enervaţi. De ce să nu lăsăm subiectul acesta la o parte şi să-l reluăm când vom fi mai calmi?".
4. *Separarea problemelor*. Deseori, oamenii amestecă lucrurile, pentru a ne convinge să acţionăm aşa cum doresc ei. Nu trebuie să ne lăsăm cuprinşi de stări de confuzie! Ne putem concentra asupra aspectelor importante pentru noi. De pildă, dacă cineva apropiat ne spune: „Este clar că nu-ţi pasă de mine din moment ce nu vrei să-mi împrumuţi bani!", putem separa cele două aspecte – sentimentele noastre faţă de interlocutor şi împrumutul banilor – şi să răspundem la fiecare pe rând. Astfel, putem formula următorul răspuns: „Nu este vorba de sentimentele mele faţă de tine, ci, pur şi simplu, nu doresc să-ţi împrumut bani!".
5. *Managementul vinovăţiei*. Ni se reproşează, deseori, lucruri mai mari sau mai mici. Dacă avem dorinţa iraţională de a fi perfecţi şi de a plăcea tuturor, atunci vom avea tendinţa de a ne cere imediat scuze. Procedând astfel, nu ne recunoaştem dreptul la propriile decizii. De aceea, este bine să ne cerem scuze doar când avem suficiente motive să credem că am greşit. Putem accepta o critică fără a ne simţi vinovaţi, întrucât suntem singurii judecători a ceea ce facem.

⇨ ***Exemplu***:

„Ştiu bine că vă irită faptul că nu pot veni la întâlnire, dar acesta este singurul lucru pe care îl pot face".

6. *Cererea de scuze*. Sunt împrejurări în care scuzele sunt adecvate. Toţi facem greşeli. De pildă, am uitat să facem ceea ce am promis. Dacă ni se reproşează acest fapt, trebuie să recunoaştem dreptul

interlocutorului de a fi supărat, dar nu trebuie să acceptăm să ni se reproşeze şi alte fapte. Să observăm că un comportament asertiv din partea interlocutorului nostru ar trebui să includă exprimarea sentimentelor negative determinate de greşeala noastră, precum şi sugestii în legătură cu ceea ce am putea face pentru a o îndrepta.

2.3.6. *Dezvoltarea comportamentului asertiv*

Informaţiile prezentate până în prezent urmează să fie oferite şi pacientului. Ele vor trebui să conducă la achiziţii comportamentale de tip asertiv. Aceste comportamente vor fi învăţate de pacient utilizând tehnica jocului de rol în cursul terapiei şi vor fi practicate de acesta în afara terapiei, în situaţiile sociale curente. Pacientul trebuie să conştientizeze că schimbarea terapeutică este un proces de durată ; transformarea pacientului va determina, mai devreme sau mai târziu, şi schimbări în comportamentul celor cu care acesta interacţionează.

Dezvoltarea comportamentului asertiv implică următorii paşi (Andrews, 1994).

1. *Conştientizarea sentimentelor* – ele sunt primul indicator că trebuie să facem ceva anume. Totuşi, sentimentele nu ne oferă o imagine corectă despre situaţia în care ne aflăm.
2. *Schimbarea credinţelor iraţionale* – prin testarea validităţii lor şi dezvoltarea de alternative raţionale.
3. *Conştientizarea drepturilor şi a consecinţelor posibile* ale comportamentului nostru pe termen scurt şi pe termen lung (cei din jurul nostru au şi ei nevoie de timp pentru a se schimba ; folosim comportamente asertive sau protective?).
4. *Comunicarea eficientă* – dacă luăm decizia de a vorbi, atunci este bine :
   - să alegem mometul potrivit ;
   - să utilizăm pronumele „eu" mai degrabă decât pronumele „tu" (să vorbim despre noi) ;
   - mesajele verbale să fie congruente cu cele nonverbale ;
   - să fim cât mai specifici în legătură cu felul în care comportamentul celorlalţi ne deranjează ;
   - să recunoaştem sentimentele celorlalţi când sunt adecvate şi să verificăm acurateţea percepţiei acestora prin solicitarea unui feedback.

5. *Dezvoltarea capacității de a negocia* – păstrați sintagma „noi" în timpul interacțiunii cu ceilalți și fiți pregătit pentru o anume flexibilitate.

2.4. Psihoterapia depresiei – modelul lui A. Beck

2.4.1. *Modelul cognitiv al depresiei*

În contrast cu perspectiva psihiatrică tradițională asupra depresiei, A. Beck a emis ipoteza că gândurile negative, atât de evidente în această tulburare, nu sunt doar un simptom, ci au un rol central în menținerea depresiei. Această idee implică faptul că depresia poate fi tratată ajutând pacienții să identifice și să modifice gândurile negative.

Modelul propus de Beck poate fi ilustrat cu ajutorul unei scheme (fig. 7).

Conform acestui model, gândurile negative din depresie își au originea în atitudinile (postulate disfuncționale) dobândite în prima copilărie și ulterior. În multe situații, aceste idei pot fi utile și pot orienta comportamentul în vederea obținerii de performanțe. De pildă, o afirmație precum: „Pentru a fi demn de încredere, trebuie să am succes" pare să motiveze considerabil o activitate pozitivă. Totuși, această idee face individul vulnerabil la anumite evenimente critice. În cazul unui insucces, acesta poate fi interpretat ca o pierdere majoră și conduce la producerea unor gânduri negative automate cum ar fi: „Nu sunt demn de încredere ! ", „Ca persoană sunt un nimeni ! " etc. Astfel de gânduri vor scădea dispoziția generală, care, la rândul ei, crește probabilitatea apariției automate a unor gânduri negative, producând un cerc vicios ce tinde să mențină depresia. O dată devenit depresiv, un set de distorsiuni cognitive exercită o influență generală asupra funcționării cotidiene a persoanei.

Terapeutul cognitiv rupe acest cerc vicios, învățând pacientul să pună sub semnul întrebării gândurile automate negative, apoi să testeze postulatele disfuncționale care le determină. Menționăm că modelul propus de Beck nu este valabil doar pentru depresie sau tulburările emoționale cu intensitate clinică; el evidențiază rolul cognițiilor în interacțiunea complexă a acestora cu stările afective și comportamentale

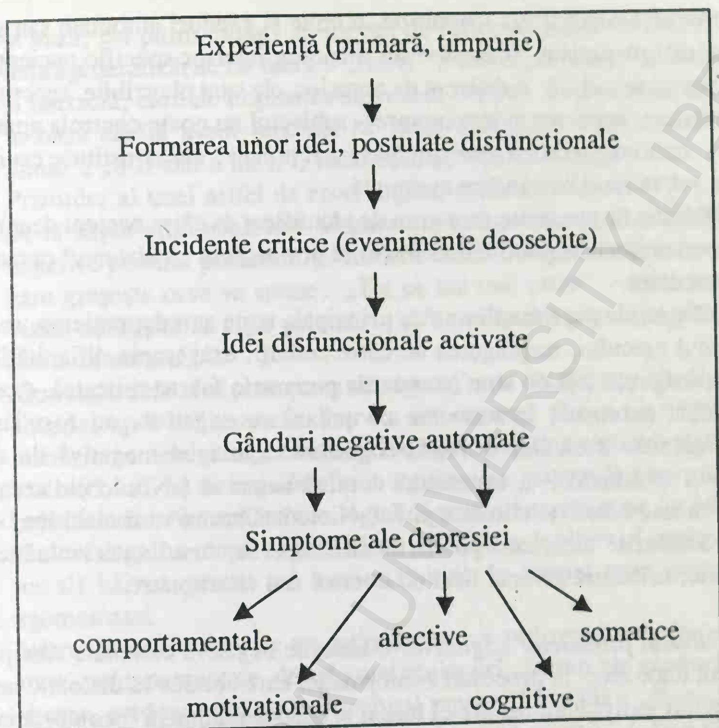


Figura 7. *Modelul cognitiv al depresiei*

în general. De asemenea, acest model nu implică faptul că gândirea negativă determină depresia. Depresia poate fi văzută ca rezultat final al unor variabile complexe – biologice, developmentale, sociale şi psihologice. Gândirea depresivă nu este cauză a depresiei, ci o parte a ei. Deoarece în psihogeneza depresiei cogniţiile au o anume prioritate temporală – intervenţiile sistematice asupra lor se pot dovedi deosebit de utile aşa cum confirmă deja practica clinică.

Înainte de a prezenta acest proces vom face o trecere în revistă a tuturor distorsiunilor cognitive implicate în depresie.

Alterările funcţionale ale capacităţii cognitive apar, după A. Beck, la următoarele trei niveluri psihologice: cogniţii, procese cognitive, scheme cognitive depresogene.

Nivelul cogniţiilor. Cogniţiile, numite şi gânduri automate sau gânduri disfuncţionale, alcătuiesc un monolog interior specific pacienţilor cu depresie majoră. Indiferent de tema lor, ele sunt plauzibile, repetitive, dureroase, spontane şi involuntare – subiectul nu poate controla apariţia lor ; nefiind produsul unei prelucrări raţionale, ele constituie ceea ce s-ar putea numi o gândire automată.

Gândurile automate sunt greu de identificat de către pacient deoarece au un caracter habitual, fiind într-o relaţie strânsă cu sistemul personal de credinţe.

Cogniţiile deprimaţilor au ca principale teme autodeprecierea, sentimentul eşecului, respingerea de către ceilalţi, exagerarea dificultăţilor, hiperexigenţă faţă de sine (standarde personale foarte ridicate). Aceste gânduri automate, întotdeauna cu polaritate negativă, au fost sistematizate de Beck într-o *triadă cognitivă* : „imagine negativă de sine («Sunt un nimeni ! »), experienţă curentă negativă («Nimic din ceea ce fac nu iese bine ! »), viitor negativ («Niciodată nu-mi va fi mai bine ! »)".

Gândurile automate pot fi identificate, în cursul interviului terapeutic, utilizând diverse liste de control sau chestionare.

Nivelul proceselor cognitive. Gândurile negative automate sunt produsul unor erori în procesarea informaţiei care conduc la distorsionarea imaginii individului despre el însuşi şi despre realitatea înconjurătoare. Beck enumeră şase tipuri de erori : suprageneralizarea, abstracţia selectivă, inferenţa arbitrară, personalizarea, maximizarea şi minimizarea. La acestea se adaugă un stil de gândire specific persoanelor depresive, definit printr-un caracter dihotomic şi autocomenzi imperative.

1. *Suprageneralizarea*. Deseori, pacientul depresiv face generalizări exagerate, ridicând la rangul de regulă sau lege generală un singur incident sau experienţă personală. Suprageneralizarea are la bază mecanisme afective, deşi ia deseori o formă silogistică: „Dacă ceilalţi nu mă iubesc, sunt un nimeni ! Ion nu mă iubeşte. Deci, sunt un nimeni".

   Suprageneralizarea are un caracter foarte limitativ, deoarece ne împiedică să vedem diferenţele, să identificăm excepţiile. Desigur, în mod natural, avem tendinţa de a introduce informaţiile şi experienţele noastre în categorii generale, dar acest proces de inducţie are

la bază, cel puţin iniţial, un proces de reflecţie asupra diferenţelor. Suprageneralizările ne oferă o „hartă" a realităţii, uneori nebuloasă şi inexactă, care ne împiedică să vedem copacii din cauza pădurii şi în baza căreia avem tendinţa să luăm decizii de tipul „totul sau nimic", „a fi sau a nu fi", incapabili să vedem nuanţele.
Prizonier al unei astfel de erori logice, pacientul depresiv, pornind de la experienţe neplăcute singulare, va face afirmaţii şi predicţii negative privind prezentul şi viitorul. Astfel, o persoană depresivă care greşeşte ceva va spune: „*Tot* ce fac iese prost" – sau, după o vizită nereuşită la nişte prieteni: „Nu voi mai merge *niciodată* în vizită la *nimeni* ! ".

2. *Abstracţia selectivă* presupune extragerea unui detaliu negativ dintr-o situaţie, apoi utilizarea lui într-un alt context, fără a ţine cont de toate elementele situaţiei iniţiale. De fapt, investiţia afectivă negativă realizată într-un anumit detaliu îl conduce pe pacient la generalizări nejustificate. Această eroare logică îl poate determina pe un bărbat să devină gelos, după ce şi-a văzut prietena aplecându-şi capul spre un alt bărbat pentru a-l auzi mai bine în timpul unei petreceri zgomotoase.
3. *Inferenţa arbitrară* este un raţionament ce utilizează premise arbitrare, nefundamentate, de cele mai multe ori „lecturi ale gândurilor" şi care, evident, conduc la concluzii greşite. De pildă: „Stiu că mă dispreţuieşte, deşi când ne întâlnim se poartă amabil". („Ştiu că mă dispreţuieşte..." este o „lectură a gândurilor" – pacientul este convins că ştie exact ce simte şi gândeşte celălalt, deşi faptele nu susţin această idee.)
4. *Personalizarea* este autoatribuirea responsabilităţii unor evenimente nefaste; ea are la bază un mecanism de atribuire cauzală descris de Abramson (1978). Astfel, o persoană depresivă care nu a putut „prinde" privirea prietenului pe lângă care a trecut pe o stradă aglomerată ar putea gândi: „Sigur l-am supărat cu ceva. Nici nu mă mai priveşte... ! ".
5. *Maximizarea* este exagerarea unui eveniment minor. De pildă, o zi poate căpăta o nuanţă dramatică pentru că pacientul a uitat cheile de la birou acasă. De obicei, pacientul depresiv maximizează evenimentele negative şi insuccesele.
6. *Minimizarea* constă în deprecierea resurselor personale şi a reuşitelor !

Gândirea caracterizată prin *stil dihotomic* determină persoana să evalueze situaţiile în termeni extremi şi absoluţi. Această percepţie rigidă şi simplificată a evenimentelor conduce la atitudini radicale: „totul sau nimic", „alb sau negru", „a fi sau a nu fi". Incapacitatea de a medita asupra diferenţelor, asupra nuanţelor, face ca persoana să dezvolte un comportament rigid, neadaptativ.

Autocomenzile imperative, specifice stilului de gândire depresiv, sunt introduse prin expresii precum: „Este necesar să...", „Trebuie să...". Gândurile şi acţiunile sunt formulate ca obligaţii sau datorii. Pacientul se constrânge să realizeze acţiuni care nu-i provoacă plăcere; acest fapt poate conduce la sentimente de culpabilitate, incapacitate şi autodevalorizare. Întregul monolog interior poate fi punctat de expresii precum: „Trebuie să mă scol...", „Trebuie să mă îmbrac...", „Trebuie să merg la...".

Nivelul schemei cognitive depresogene. Beck izolează acest al treilea nivel care stă la baza primelor două şi este responsabil de vulnerabilitatea la depresie. El numeşte acest nivel „schemă", „postulat silenţios" sau „atitudine disfuncţională". În această conceptualizare, tulburarea cognitivă precedă tulburarea afectivităţii. Schema este o structură cognitivă sensibilă, intolerantă, care, inactivă o bună parte din viaţă, este reactivată de anumite evenimente. O dată schema activată, ea modifică percepţia realităţii: depresivul vede evenimentele, le traduce, le interpretează cu ajutorul acestor scheme; este vorba de o lectură a realităţii filtrată de acest postulat silenţios (de exemplu, schema „Nu merit să fiu iubit" – activată de comportamentul negativ al persoanei X).

Pentru identificarea schemelor, Beck şi Weissman propun în 1978 scala de atitudini disfuncţionale (DAS). Ea cuprinde şapte clase de scheme depresogene: aprobarea, dragostea, reuşita, perfecţionismul, exigenţa, omnipotenţa şi autonomia, în total 40 de afirmaţii. În practică, acest chestionar are o dublă utilitate: mai întâi, scorul global obţinut este un indicator al intensităţii depresiei, apoi el permite evidenţierea unor scheme de gândire ce vor deveni ţinta intervenţiei terapeutice.

Beck insistă asupra importanţei schemelor de *autonomie* (necesitatea oricărei persoane de a se centra pe realizarea obiectivelor sale fără control sau constrângere din partea celorlalţi), şi *sociotropie* (nevoia individului de a primi încurajări şi atenţie din partea celorlalţi) pe care le evaluează cu ajutorul unui chestionar specific.

Importanţa acordată schemelor rezidă în faptul că ele determină un comportament rigid. Individul amplifică evenimentele care sunt în acord cu schema sa şi le minimizează pe cele care nu sunt. Se iniţiază astfel un lanţ cauzal circular ce îl disociază din ce în ce mai mult de realitate şi-i transformă credinţele în predicţii ce se autoîmplinesc.

Rezumând, putem spune că schema este o credinţă foarte puternică în legătură cu propria persoană care a fost interiorizată la o vârstă precoce. Ea este atât de puternică, încât este trăită ca adevărată.

2.4.2. *Procesul schimbării terapeutice*

2.4.2.1. *Obiectivele terapiei cognitive*

Obiectivele terapiei cognitive sunt acelea de a corecta prelucrarea distorsionată a informaţiilor şi de a ajuta pacientul să-şi modifice credinţele ce menţin comportamentul şi emoţiile neadaptative. Pentru atingerea acestor obiective sunt utilizate o serie de tehnici cognitive şi comportamentale cu ajutorul cărora sunt testate şi modificate credinţele disfuncţionale şi este promovată o gândire realistă, mai adaptativă. Deşi este o terapie centrată pe simptom, terapia cognitivă vizează şi obiectivul mai general de a corecta erorile sistematice ale gândirii.

Schimbarea cognitivă se manifestă la mai multe niveluri. În funcţie de accesibilitatea şi dificultatea schimbării lor, intervenţia terapeutică începe prin abordarea gândurilor voluntare, continuă cu identificarea şi modificarea gândurilor automate şi se finalizează cu identificarea şi contracararea efectelor negative ale schemelor cognitive disfuncţionale profunde.

2.4.2.2. *Relaţia terapeutică*

Relaţia terapeutică este de tip colaborativ. Terapeutul evaluează sursele problemelor şi-l ajută pe pacient să-şi clarifice obiectivele. În cazul depresiei şi al anxietăţii severe, terapeutul va fi nevoit să adopte o atitudine mai directivă. Oricum, terapeutul poate fi mai directiv pe parcursul învăţării tehnicilor de identificare şi de evaluare a cogniţiilor şi emoţiilor; din momentul în care pacientul va începe să utilizeze, într-o manieră mai spontană, aceste tehnici, terapeutul va fi mai puţin incitativ şi, mai degrabă, îl va asista pe acesta în demersul său explorativ.

Beck consideră că relaţia terapeutică şi atitudinea generală a terapeutului pe parcursul terapiei cognitive pot fi descrise cu ajutorul a trei concepte fundamentale: colaborare empirică, dialog socratic, descoperire ghidată (Beck şi Weishaar, 1995).

Colaborarea empirică. Relaţia terapeut-pacient se situează dincolo de simplul consimţământ de participare a celui din urmă la terapie; ea este – într-o terapie eficientă – o relaţie colaborativă în care schimburile verbale interactive fac din pacient un participant activ ce transformă relaţia de ajutor, pe măsura evoluţiei terapiei, într-un proces complex de autoajutor.

Stabilirea colaborativă a obiectivelor, identificarea comportamentelor şi a cogniţiilor disfuncţionale, testarea acestora prin confruntarea cu realitatea, dezvoltarea unor cogniţii alternative raţionale şi a unor comportamente mai adaptative sunt principalele aspecte ale terapiei, în care terapeutul şi pacientul se întâlnesc ca adevăraţi parteneri.

Dialogul socratic. Interviul este instrumentul principal al terapiei cognitive, iar în cadrul acestuia dialogul socratic este metoda cea mai utilizată. Terapeutul formulează cu atenţie o serie de întrebări, cu scopul de a crea cadrul adecvat unor clarificări şi unei noi învăţări. Obiectivele întrebărilor terapeutului sunt, în general, următoarele: (1) clarificarea sau definirea problemelor, (2) asistarea pacientului în identificarea gândurilor, imaginilor şi a schemelor cognitive, (3) examinarea sensurilor evenimentelor pentru pacient, (4) evaluarea consecinţelor menţinerii gândurilor şi a comportamentelor neadaptative.

Dialogul socratic conduce pacientul spre concluzii logice bazate pe propriile răspunsuri la întrebările terapeutului. Întrebările nu sunt utilizate pentru a întinde „capcane" pacientului, nici pentru a-l constrânge să ajungă la anumite concluzii sau pentru a-l „ataca". Ele îl ajută pe terapeut să înţeleagă punctele de vedere ale pacientului şi sunt puse într-o manieră sensibilă, empatică, astfel încât pacientul să ajungă să-şi examineze credinţele într-o manieră cât mai obiectivă, nu defensivă.

Descoperirea ghidată. Aceasta este calea care asigură, într-o manieră colaborativă, modificarea comportamentelor şi a credinţelor neadaptative. Terapeutul joacă rolul de „ghid" care clarifică problemele comportamentale

şi erorile logice prin planificarea unor noi experienţe (experimente comportamentale) ce conduc la achiziţionarea de noi deprinderi şi perspective asupra realităţii. Descoperirea ghidată nu implică îndemnul şi „seducţia" pacientului de a adopta noi credinţe, ci, mai degrabă, încurajarea acestuia de a utiliza informaţii şi fapte pentru obţinerea unei perspective realiste.

2.4.2.3. *Tehnici de restructurare cognitivă*

Restructurarea cognitivă – obiectiv major al terapiei cognitive – cuprinde mai multe etape succesive: observarea şi identificarea gândurilor disfuncţionale şi a schemelor cognitive, evaluarea şi modificarea acestora. Vom prezenta în continuare structura unei cure psihoterapeutice care utilizează tehnici de restructurare cognitivă.

a) *Explicarea demersului terapeutic pacientului*

Credibilitatea demersului terapeutic utilizat este o condiţie indispensabilă asigurării caracterului colaborativ al relaţiei terapeutice şi a succesului terapiei. De aceea, terapia începe încă din momentul prezentării tehnicii, iar aceasta este în funcţie de problemele pacientului şi de nivelul cultural al acestuia.

Propunem, în continuare, un model de prezentare a tehnicilor de restructurare cognitivă utilizate în tulburări depresiv-anxioase.

Ne putem adresa pacientului astfel: „Sunteţi deprimat şi trist şi vedeţi totul în negru. Majoritatea specialiştilor au ajuns la concluzia că o astfel de stare are la bază un sistem de gânduri, de reguli nefundamentate ce vă fac să priviţi situaţiile zilnice dintr-un anumit punct de vedere. Făcând o analogie cu calculatorul, am putea spune că dumneavoastră acţionaţi conform unui «program» care, de cele mai multe ori, vă face să vedeţi doar «gaura covrigului» («partea goală a paharului», «găurile din caşcaval» etc.). Gândurile vă vin automat, conform acestui program, fapt ce vă împiedică să vă utilizaţi în întregime capacitatea de a gândi". De cele mai multe ori nici nu suntem conştienţi de aceste automatisme mintale. Cele mai evidente moduri de acţiune automată sunt cele care se referă la mişcări. Acest fel automat de a acţiona poate fi evidenţiat în felul următor:

⇨ *Exemplu* :

T (terapeutul) : „Aşezaţi-vă comod pe fotoliu. Vă rog acum să încrucişaţi braţele la piept! Observaţi care braţ este deasupra! Vă voi ruga imediat să încrucişaţi încă o dată braţele. Vreau însă să vă atenţionez că s-ar putea să puneţi acelaşi braţ deasupra. Încrucişaţi braţele! Observaţi dacă aţi pus acelaşi braţ deasupra! ".

(De cele mai multe ori, pacientul reacţionează identic în cele două încercări.)

T: „Ştiaţi că ori de câte ori încrucişaţi braţele le puneţi la fel?".

C (clientul) : „Nu! ".

T: „Vă rog acum să încrucişaţi repede braţele încercând să puneţi celălalt braţ deasupra! ".

(De cele mai multe ori, pacientul va reuşi această încercare într-o manieră stângace.)

Ce concluzii putem trage? La fel ca în domeniul acţiunilor, şi în domeniul mintal nu suntem întotdeauna conştienţi de „programul" după care ne comportăm ; de asemenea, putem reţine că atunci când acţionăm sau gândim altfel decât am fost obişnuiţi, această schimbare nu ni se pare uşoară şi comodă.

Să revenim la felul dumneavoastră de a vedea lucrurile (se poate da un exemplu din automatismele mintale ale pacientului). Gândurile ce vă trec rapid prin minte şi în care credeţi nu sunt totuşi decât una dintre multiplele interpretări posibile ale unei situaţii concrete. Putem exemplifica printr-o metaforă : se întâmplă ca atunci când ochii sunt orbiţi de razele de lumină reflectate de o faţetă a unei pietre preţioase şi nu mai puteţi vedea şi celelalte faţete. Ar fi suficient să învârtiţi piatra în mână pentru a putea să-i admiraţi toate suprafeţele.

În cadrul terapiei vom proceda în mod asemănător, adică vom privi situaţiile concrete din cât mai multe unghiuri posibile. Învăţarea acestei strategii de deschidere a gândirii vă va oferi o imagine mai completă asupra situaţiilor cu care vă confruntaţi şi, prin aceasta, o modificare a stării dumneavoastră afective. Ultimele şedinţe ale terapiei vor avea ca obiectiv dezvăluirea „programelor" profunde, a credinţelor care vă determină depresia şi modificarea lor.

Aceste explicaţii trebuie furnizate într-o manieră empatică, manifestând respect şi încredere în resursele pacientului. Nu trebuie să uităm

niciodată un lucru care mi se pare deosebit de important: imaginile pacientului despre el însuşi şi despre lume nu sunt *niciodată greşite*, ele sunt doar *parţiale*!

b) *Observarea gândurilor automate*

Gândurile automate sunt dificil de observat, pentru că se desfăşoară rapid, sunt spontane, involuntare, dificil de oprit şi atât de evidente, încât este foarte uşor să crezi în ele. Identificarea gândurilor disfuncţionale aflate în legătură cu simptomele este primul obiectiv al terapiei. Înaintea demarării unor tehnici mai specifice este necesară o auto-evaluare cognitivă prelungită (3-4 şedinţe).

În cursul terapiei, observarea cogniţiilor se poate realiza prin:

1. *Răspunsuri la întrebări directe*. Am amintit deja că, de cele mai multe ori, pacientul este doar parţial conştient de gândurile automate ce îi trec prin minte. Interviul terapeutic poate permite conştientizarea, descrierea şi evaluarea lor. Chiar situaţia terapeutică poate declanşa la pacient un monolog interior de tip depresiv. Întrebările directe ale terapeutului pot să-l evidenţieze: „Ce simţiţi acum când vă aflaţi în faţa unui terapeut?", „Ce gânduri vă trec prin minte?", „Cum v-aţi imaginat această întâlnire venind spre cabinetul meu?". Starea depresiv-anxioasă a pacientului determină, de obicei, răspunsuri precum: „Mi-am spus că această terapie nu-mi poate fi de nici un folos. Ce caut eu aici?". Terapeutul subliniază că tocmai aceste gânduri sunt materialul de bază al terapiei şi le notează pe o fişă ce va fi „model" pentru sarcina terapeutică pe care o va îndeplini pacientul între şedinţe (tabelul 1):

Tabelul 1. *Fişa pacientului*

Data (ora)	Situaţie	Emoţii	Gânduri automate
12.10.2003 ora 16	În cabinetul terapeutului	Tristeţe Depresie	„Îmi spun că această terapie nu-mi este de nici un folos. Ce caut eu aici?"

2. *Vizualizarea mintală* a unor evenimente ce au provocat stări afective negative. De obicei, pacienţii descriu mai uşor situaţiile şi emoţiile asociate acestor evenimente şi mai greu gândurile, deoarece nu sunt

încă obişnuiţi să se întrebe ce gândesc atunci când trăiesc emoţii negative. Tehnica imageriei mintale este utilă cu pacienţii care relatează că nu au putut identifica gândurile din timpul unui eveniment petrecut în afara şedinţei de terapie. Tehnica se bazează pe reconstituirea mintală a unei situaţii puternic încărcate emoţional şi pe verbalizarea de către pacient a monologului său interior. De cele mai multe ori, pacientul se angajează în această imagerie fiind într-o stare de relaxare, în timp ce terapeutul îi descrie scena care face obiectul acestei proceduri terapeutice.

3. *Jocul de rol*. Această tehnică poate fi utilizată atunci când dorim să identificăm gândurile disfuncţionale manifestate de pacient în cursul unei situaţii interpersonale trecute. Terapeutul şi pacientul reproduc situaţia în cursul unui joc de rol. Şi în acest caz, pacientul va exprima verbal monologul său interior.

Sarcina terapeutică principală a pacientului va fi în această perioadă înregistrarea gândurilor asociate unor situaţii depresogene sau anxiogene. Terapeutul ajută pacientul să deosebească gândurile automate de celelalte gânduri reflexive mai elaborate. Criteriul principal este acela că gândurile automate nu sunt rezultatul unui discurs reflexiv ori a unui raţionament conştient.

⇨ ***Exemplu*** :

C: „Sinuciderea este singura soluţie!”.

T: „Cum aţi ajuns la această concluzie? Ce alternative aţi luat în calcul?”.

Pacientul va fi încurajat să-şi noteze gândurile automate pe o foaie de înregistrare care conţine rubricile deja menţionate. Această procedură se numeşte autoînregistrarea gândurilor automate.

c) *Autoînregistrarea gândurilor automate*

Realizarea acestei prescripţii are ca efect adoptarea de către pacient a unui punct de vedere mai obiectiv în raport cu procesul său de gândire. Efortul de sistematizare logică a gândurilor în procesul transcrierii, precum şi faptul că, o dată scrise, ele pot deveni obiect extern al unei analize logice cresc probabilitatea ca pacientul să le invalideze. Dacă la

începutul terapiei pacientul nu-şi pune întrebări în legătură cu validitatea gândurilor sale, pe măsură ce terapia evoluează el adoptă o poziţie din ce în ce mai critică în raport cu ele. În realizarea acestei sarcini, terapeutul trebuie să ia în consideraţie următoarele aspecte:

- pentru a facilita identificarea gândurilor negative, pacientul poate primi o listă de astfel de gânduri disfuncţionale ce apar în timpul stărilor depresive; pacientul va consemna frecvenţa zilnică a acestor gânduri negative, adăugând la ele şi propriile gânduri;
- când gândurile negative sunt foarte multe şi se succedă cu mare viteză, pacientul poate înregistra pe o bandă sonoră acest monolog interior; nu este necesară o înregistrare continuă, sunt suficiente câteva eşantioane din acest monolog interior, care vor fi analizate în timpul şedinţelor de terapie;
- centrarea excesivă pe gândurile automate disfuncţionale prezintă riscul agravării depresiei; dacă starea pacientului evoluează în acest sens, terapia se va orienta cât mai repede posibil spre descoperirea alternativelor raţionale la gândurile negative raportate de acesta.

După prezentarea acestor etape ale restructurării cognitive, putem deja să observăm că o astfel de terapie este potrivită pacienţilor cu o anumită capacitate de introspecţie şi foarte motivaţi. Realizarea prescripţiilor terapeutice necesită timp şi efort şi, deseori, este frustrantă întrucât pacienţii nu percep de fiecare dată relaţia dintre realizarea acestora şi problemele lor. De aceea, interviul terapeutic destinat identificării gândurilor automate trebuie condus într-o manieră deschisă, încurajatoare şi recompensativă.

d) *Confruntarea cu realitatea*

În această etapă, terapeutul, în colaborare cu pacientul, confruntă predicţiile sau concluziile conţinute de gândurile automate cu realitatea. În timpul şedinţelor, întrebările terapeutului permit evaluarea validităţii unei gândiri globale şi abstracte care, pe măsura dezvoltării de către pacient a unei capacităţi de reflecţie din ce în ce mai raţionale, devine mai specifică şi mai concretă. Această investigaţie progresivă evidenţiază pacientului elementele realităţii pe care le-a luat în consideraţie, cele pe care le-a ignorat, erorile logice comise în timpul prelucrării acestor informaţii etc.

În unele manuale destinate pacienţilor incluşi în programe de terapie cognitivă sunt enumerate o serie de întrebări pe care aceştia şi le pot pune pentru provocarea şi invalidarea gândurilor negative. Prezentăm câteva dintre aceste întrebări (Fennell, 1991 ; Mirabel-Sarron şi Rivière, 1993) :

- nu cumva văd doar partea rea a lucrurilor ? (abstracţie selectivă) ;
- nu-mi asum responsabilitatea pentru lucruri care nu au stat în puterea mea ? (personalizare) ;
- nu cumva mă condamn în baza unui singur eveniment ? (suprageneralizare) ;
- nu cumva privesc situaţia în termeni opuşi şi extremi ? („totul sau nimic", „alb sau negru" – stil dihotomic) ;
- nu cumva exagerez situaţia, nu dau oare o importanţă prea mare lucrurilor ? (maximizare) ;
- nu sunt şi alţi factori responsabili pentru situaţia X ? (personalizare ; stilul atribuţional al pacientului se caracterizează prin atribuiri negative interne, stabile şi globale) ;
- nu cumva am sărit direct la concluzii ? (inferenţă arbitrară) ;
- nu cumva îmi pun întrebări care nu au răspuns ? (de exemplu : „cum aş putea reîntoarce trecutul ? ", „De ce sunt altfel decât ceilalţi ? ", „De ce viaţa este atât de incorectă cu mine ? ") ;
- nu cumva mă concentrez doar asupra slăbiciunilor şi a defectelor mele şi-mi uit calităţile şi resursele ? ;
- nu cumva mă zbat prea mult gândind la felul în care ar trebui să fie lucrurile, în loc să le accept aşa cum sunt şi să mă descurc cu ele ? ;
- nu cumva mă aştept să fiu perfect ?

Provocarea gândurilor negative şi invalidarea lor nu-şi propune să creeze pacientului o imagine „roz" despre viaţă. Desigur, paharul are şi o jumătate goală, caşcavalul are găuri, dar este *alegerea noastră* să privim partea plină sau goală a lucrurilor. Scriind aceste cuvinte îmi vine în minte o cugetare zen : „Spaţiul gol din interiorul vasului este cel care îi dă utilitate acestuia" (D. Bell, 2003, p. 143).

Pentru „normalizarea" problemelor cu care vin pacienţii la mine utilizez, deseori, metafore : „Viaţa este asemenea unei simfonii scrise cu toate notele gamei" ; „Unde este stânga – întreabă copilul ; ca să-ţi pot răspunde – spune tatăl – trebuie să fixăm mai întâi unde este

dreapta, pentru că nu există dreaptă fără stângă, sus fără jos, bucurie fără tristețe... noapte fără zi, și o noapte, oricât ar fi de lungă, tot se termină cu o dimineață...".

Uneori, pentru testarea gândurilor negative, terapeuții prescriu pacienților adevărate *experimente comportamentale*. Iată recomandările pe care M. Fennell (1991) le face pacienților depresivi pentru realizarea unor astfel de experimente :

1. Formulați-vă predicția clar (gândul negativ automat).
2. Revedeți argumentele existente pentru și împotriva ei.
3. Alcătuiți un plan de acțiune care să vă ajute să descoperiți dacă predicția este corectă sau nu.
4. Notați rezultatele. Există două posibilități :
   - predicția nu este confirmată ;
   - predicția este confirmată : gândiți-vă la ceea ce trebuie schimbat.
5. Trageți concluziile adecvate pe baza rezultatelor obținute.

Confruntarea cu realitatea se poate practica diferit când se abordează subiecte sensibile pentru pacient sau care sunt trăite ca amenințătoare. În acest caz, în loc de a arăta pacientului că predicțiile sale nu sunt fondate, terapeutul va evalua reprezentările sale catastrofice. De îndată ce această viziune catastrofică asupra lumii nu va fi confirmată de realitate, convingerea pacientului în credințele sale se va diminua.

e) *Producerea de răspunsuri cognitive alternative*

Obiectivul restructurării cognitive este de a provoca o mai mare deschidere a gândirii pacientului, făcându-l să-și utilizeze cât mai bine capacitatea de elaborare logică a răspunsurilor cognitive.

Ca și în cazul identificării gândurilor disfuncționale, și în cel al provocării de răspunsuri cognitive alternative pacientul începe această activitate în timpul ședinței cu terapeutul, urmând să o continue singur acasă. De acum înainte, foaia de înregistrare a gândurilor ce trebuie completată de către pacient între ședințe va conține următoarele rubrici : data, situația, emoții, gânduri disfuncționale asociate, gânduri raționale posibile. În general, aceste răspunsuri raționale ar putea fi provocate învățând pacientul să-și pună următoarea întrebare : „Ce altceva aș putea gândi în situația X?". Provocarea unor răspunsuri cognitive

raţionale la un pacient profund absorbit în gândurile sale negative nu este o întreprindere uşoară. Cu cât pacientul are o mai mare capacitate de elaborare cognitivă, şi raţionalizarea situaţiei în care se află este mai bine organizată, cu atât există riscul ca răspunsurile alternative identificate să fie doar variante mai elaborate ale gândurilor disfuncţionale anterioare. Oricum, pentru stimularea unor răspunsuri alternative, terapeutul poate sugera pacientului să-şi pună şi alte întrebări : „Ce altceva aş putea gândi într-o situaţie asemănătoare ? ", „Ce altceva ar putea gândi altcineva într-o situaţie asemănătoare (mama, tata, soţia, soţul, prietenii etc.) ? ". Această întrebare facilitează identificarea alternativelor prin provocarea unei „decentrări". „Ce gândeam eu într-o astfel de situaţie înainte de a fi depresiv ? "

În cazul în care pacientul nu se poate implica în producerea de alternative, terapeutul poate utiliza un demers provocativ prin sugerarea unor soluţii evident inadecvate sau extreme. Pacientul poate reacţiona la acestea propunând el însuşi alternative mai realiste.

f) *Autoevaluarea gândurilor şi a emoţiilor*

Această tehnică are ca scop să arate pacientului că restructurarea cognitivă permite modificarea nivelului credinţelor asociate cogniţiilor negative iniţiale şi, mai ales, că se ajunge, în final, la modificarea progresivă a trăirilor emoţionale.

Ideea generală a acestei tehnici este că, după dezvoltarea alternativelor raţionale, nivelul de încredere în gândurile disfuncţionale iniţiale scade, fapt ce va conduce şi la micşorarea intensităţii stărilor afective negative. În acest stadiu al terapiei, pacientul este încurajat să evalueze gradul său de convingere sau de adeziune la gândurile disfuncţionale utilizând procente, o scară cu 5 trepte ori un vector grafic ; va proceda asemănător şi cu gândurile alternative raţionale. Pentru evidenţierea efectului procesării mai raţionale a situaţiei în care se află – prin identificarea alternativelor –, pacientul va evalua din nou gradul de adeziune (convingere) la cogniţiile iniţiale.

Pacientul va proceda într-o manieră asemănătoare pentru evaluarea stărilor afective iniţiale şi a celor trăite după dezvoltarea alternativelor raţionale. Astfel, foaia de înregistrare pe care pacientul o va completa între şedinţe va avea următoarele rubrici : data, situaţia, emoţiile, cogniţiile

asociate, gândurile raţionale alternative, noua estimare a credinţelor asociate cogniţiilor iniţiale, noua estimare a nivelului emoţional.

Iată, pentru ilustrarea structurii foii de autoînregistrare, un exemplu (fig, 8):

1. Data: 12.10.2003
2. Situaţia: După prezentarea unui dosar profesional, şeful mi-a spus că acesta este necorespunzător.
3. Emoţii: Tristeţe (100%); neînţelegere (40%).
4. Gânduri asociate: „Nu ştiu să fac nimic" (convingere - 80%).
5. Alternative:
   - am făcut şi alte dosare, care au fost bine apreciate (80%);
   - în serviciul anterior am fost felicitat pentru munca mea (80%);
   - şeful de serviciu este nou şi preferă, poate, o altă formă de prezentare a datelor (40%);
   - probabil m-am înşelat şi am inclus în dosar aprecieri necorespunzătoare (20%) etc.
6. Noua estimare a credinţelor asociate cogniţiei iniţiale: „Nu ştiu să fac nimic!" (25%).
7. Noua estimare a nivelului emoţional: tristeţe (20%), iritabilitate (20%).

Figura 8. *Foaie de autoînregistrare*

Reamintim că o astfel de fişă trebuie completată de pacient între şedinţele de psihoterapie. Pe măsură ce terapia progresează, pacientul îşi va dezvolta capacitatea de a analiza mai raţional din ce în ce mai multe situaţii cotidiene. El este încurajat să se angajeze în diverse situaţii, iniţial depresogene, exersându-şi capacitatea de a dezvolta puncte de vedere raţionale în legătură cu acestea.

Dacă pacientul prezintă un blocaj în faţa realizării unui exerciţiu în ciuda abordării sale graduale, putem apela la tehnica repetiţiei în plan imaginar: în cursul şedinţei, pacientul se vizualizează realizând sarcina respectivă; scena este revizualizată până când pacientul constată că ea nu mai induce gânduri disfuncţionale şi atitudini defensive.

g) *Utilizarea altor tehnici cognitive*

1. *Reatribuirea responsabilităţilor*. Această tehnică poate fi utilizată pentru a facilita sarcina pacientului în identificarea alternativelor raţionale la

gândurile automate care sunt efectul erorii logice numită de Beck personalizare. Prin această tehnică, terapeutul îşi propune să influenţeze stilul atribuţional al pacientului în direcţia externalizării atribuirilor. Seligman şi Abramson (1978) consideră că stilul atribuţional al depresivului este intern, stabil şi global.

În virtutea imaginii negative de sine, depresivul are tendinţa de a atribui propriilor deficienţe evenimentele negative pe care le trăieşte. Scopul tehnicii este acela de a-l ajuta pe pacient să identifice diverşi factori ce ar putea contribui la o experienţă negativă. Se ajunge, astfel, la o diminuare a responsabilităţii personale a pacientului, cu consecinţe pozitive asupra imaginii de sine a acestuia.

De pildă, pacientul X a ratat un concurs din cauza unei lucrări slabe la matematică. Acest eveniment determină gânduri disfuncţionale precum: „Sunt incapabil în tot ceea ce fac!". Acest mod de atribuire este *intern* pentru că eşecul este atribuit unei incompetenţe personale; de asemenea, atribuirea este *stabilă* întrucât este pusă în legătură cu o trăsătură de personalitate stabilă; ea este şi *globală* deoarece subiectul o utilizează pentru a explica eşecurile într-un număr mare de situaţii. Dacă acelaşi pacient ar fi avut succes, atunci el s-ar fi datorat „subiectelor de examen prea uşoare"; în această situaţie funcţionează o atribuire externă, instabilă, specifică. Acest stil atribuţional va minimiza de fiecare dată valoarea succesului şi va contribui la menţinerea disperării şi a depresiei. Pacientul depresiv dezvoltă o percepţie selectivă asupra experienţelor proprii, construindu-şi imaginea despre sine doar pe baza insucceselor. Ilustrez această situaţie pacienţilor mei utilizând metafora conform căreia cineva, dorind să-şi construiască o casă, alege cu grijă doar pietre negre; după ce a terminat construcţia, se plânge că i-a ieşit o casă neagră!

2. *Redefinirea* este o cale de a mobiliza pacientul, care crede că o problemă se află în afara domeniului pe care îl poate controla. De pildă, se recomandă ca oamenilor singuri care cred că „Nimeni nu-mi acordă atenţie!" să li se redefinească problema ca „Am nevoie să întâlnesc alte persoane şi să fiu atent cu ele" (*cf.* Beck şi Weishaar, 1995).

3. *Decentrarea* este utilizată îndeosebi cu pacienţii anxioşi care cred că sunt în centrul atenţiei cuiva. După examinarea „logicii" ce stă la

baza ideii că toţi ceilalţi îi observă cu atenţie şi a capacităţii de a şti ce gândesc ceilalţi, terapeutul, împreună cu pacientul, schiţează un experiment comportamental pentru testarea acestei credinţe. De exemplu, în cazul unui student care avea reţineri de a vorbi în clasă considerând că toţi colegii îl privesc şi-i observă anxietatea, terapeutul i-a prescris să-şi observe colegii în timp ce vorbeşte pentru a-şi verifica respectiva credinţă. Procedând astfel, el a observat că unii studenţi luau notiţe, alţii se uitau la profesor, alţii erau într-o stare de reverie etc. Concluzia lui a fost că majoritatea colegilor aveau alte preocupări decât aceea de a-l observa pe el (Beck şi Weishaar, 1995).

h) *Abordarea schemei cognitive*

Ca şi în cazul abordării gândurilor automate, o primă etapă de identificare va fi urmată de o fază de evaluare, apoi de modificare.

Pentru atingerea obiectivelor primei etape – *identificarea schemelor cognitive* – se pot utiliza mai multe tehnici:

1. *Căutarea „numitorului comun" al gândurilor disfuncţionale înregistrate*. Terapeutul solicită pacientului să alcătuiască, utilizând fişele de autoînregistrare a gândurilor automate, lista celor mai importante gânduri pentru el sau a celor mai frecvente. Pornind de la această listă, pacientul va alcătui o sinteză, punându-şi, eventual, o întrebare de tipul: „Care este factorul comun al tuturor acestor gânduri?".

Evidenţierea acestui factor comun va fi clarificată, rafinată de-a lungul mai multor şedinţe de terapie. Pacientul va învăţa să descopere în ce măsură unele reacţii emoţionale, gânduri automate sunt în relaţie cu acest factor, schemă mintală, credinţă disfuncţională. Schema va fi prezentată sub forma unei fraze sau a unui ansamblu de fraze şi ia, deseori, forma unei condiţii („Dacă nu fac lucrurile perfect, nu valorez nimic!") sau a unui imperativ („Trebuie să am întotdeauna succes pentru a păstra respectul celorlalţi!"). Dincolo de cele nouă teme propuse de A. Beck (dragoste, aprobare, omnipotenţă, perfecţionism, reuşită, dreptul la respect, cod moral propriu subiectului, autonomie, sociotropie), experienţa clinică arată că există o mare varietate a credinţelor şi că, pe cât formularea lor este mai personalizată, pe atât mai bună este distanţa critică, reflexivă care se obţine în raport cu ea.

2. *Tehnica săgeţii descendente* se concretizează într-un dialog de inspiraţie socratică ce evidenţiază contradicţiile cuprinse în raţionamentele pacientului. Săgeata descendentă merge în sensul gândurilor automate, în loc să-şi propună să le corecteze ; astfel, este posibilă evidenţierea postulatului, a schemei disfuncţionale. Apoi, în urma unui dialog raţional, terapeutul şi pacientul vor pune sub semnul întrebării schema personală inflexibilă a pacientului.

Iată un exemplu (fig. 9) :

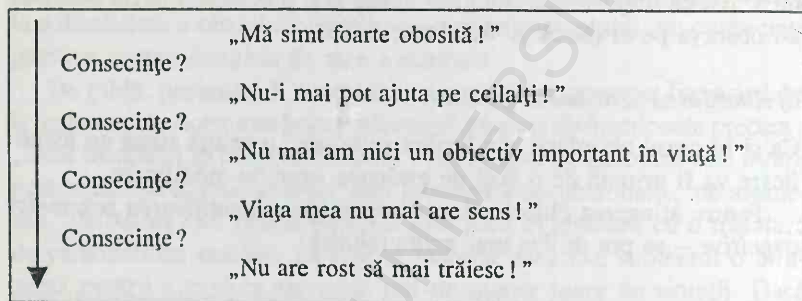


Figura 9. *Schema disfuncţională*

Schema disfuncţională pusă sub semnul întrebării va fi : „Dacă nu-i pot ajuta pe ceilalţi, nu are rost să mai trăiesc ! ”.

3. Schemele disfuncţionale mai pot fi identificate cu ajutorul *scalei de atitudini disfuncţionale* (D.A.S. – Weisman şi Beck, 1978). Aceasta cuprinde cele mai frecvente credinţe disfuncţionale întâlnite la pacienţii depresivi. Acest instrument poate servi ca ghid şi poate orienta pacientul spre tema (temele) credinţelor sale.

Pentru *modificarea schemelor cognitive* se pot utiliza mai multe tehnici. Dintre acestea menţionăm :

– *Metoda autoexpunerii*. Ea este eficientă mai ales în cazul credinţelor formulate într-o manieră imperativă : „Trebuie să...” . În primul rând, pacientul descrie consecinţele pe care le-ar avea încălcarea acestor reguli şi este evaluată probabilitatea producerii lor. Apoi, în urma unui proces de negociere între terapeut şi pacient, va fi stabilită

o ierarhie a situaţiilor în care aceste reguli vor fi încălcate, pentru a fi verificate consecinţele reale ale nerespectării schemei.
În final, se va proceda la negocierea şi experimentarea unui nou set de reguli şi comportamente pentru situaţiile respective.

- *Tehnica analizei alternativelor*. După ce pacientul şi-a formulat credinţa, schema, sunt evaluate avantajele şi dezavantajele ei în plan comportamental. Fiecare argument – pro şi contra – va fi însoţit de aprecierea în procente a gradului de convingere al pacientului faţă de acesta. Se procedează astfel şi cu alternativele comportamentale propuse. Această sarcină poate fi propusă pacientului ca temă pentru acasă.

2.4.2.4. *Alte tehnici cognitive şi comportamentale utilizate în terapia depresiei*

În afara restructurării cognitive şi a tehnicilor asociate ei, în terapia depresiei sunt utilizate şi alte tehnici cognitive şi comportamentale. Majoritatea sunt prezentate pacientului ca mijloace de întrerupere a monologului interior care conduce la accentuarea depresiei mai degrabă decât ca mijloace de rezolvare a problemelor acestuia. Acestea sunt utile mai ales la începutul terapiei, când pacientul nu a dezvoltat, încă, deprinderile necesare identificării alternativelor raţionale posibile la gândurile automate. Ele nu produc o schimbare cognitivă fundamentală, dar, prin reducerea frecvenţei gândurilor depresive, conduc la îmbunătăţirea dispoziţiei afective – fapt cu consecinţe pozitive asupra utilizării ulterioare a tehnicilor de restructurare cognitivă.

Tehnici cognitive. Majoritatea îşi propun refocalizarea atenţiei pacientului spre alte activităţi cognitive, cu scopul de a întrerupe monologul interior de tip depresiv. „Nu putem să nu gândim ! ” – putem considera, parafrazându-l pe P. Watzlawick, care spunea : „Nu putem să nu comunicăm ! ” Gândim tot timpul. Tocmai de aceea, dacă dorim să nu ne mai gândim la ceva, trebuie să ne gândim la altceva. Nu putem să nu ne gândim la nimic !

Prezentăm mai jos câteva dintre aceste tehnici :

a) *Concentrarea asupra unui obiect*. Pacientul este învăţat ca, atunci când mintea îi este invadată de gânduri şi stări afective negative,

să-şi focalizeze atenţia asupra unui obiect pe care şi-l va descrie în cele mai mici amănunte.

b) *Exerciţii de conştientizare senzorială*. Pacientul este învăţat să-şi focalizeze atenţia asupra mediului înconjurător, în general, utilizându-şi toate simţurile şi punându-şi o serie de întrebări precum: „Ce pot vedea dacă mă uit în jurul meu?", „Ce altceva?", „Ce pot auzi?" (în camera în care stau, afară, în corpul meu etc.), „Pot să simt contactul dintre haine şi propriul meu corp?", „Pot să-mi simt părul, ochelarii, încălţămintea?".

c) *Exerciţii mintale*. Acestea pot fi în funcţie de preferinţele subiectului: numărarea până la 1.000 din 7 în 7, enumerarea unor obiecte sau fiinţe al căror nume încep cu o anumită literă, amintirea, în cele mai mici detalii, a unei plimbări, excursii plăcute. În general, este vorba despre activităţi mintale ce pot capta atenţia pacientului, întrerupând astfel şirul de gânduri negative automate, involuntare.

Tehnici comportamentale. Scopul acestora este maximizarea angajării pacienţilor în activităţi cu efecte pozitive asupra stării afective.

a) *Monitorizarea activităţilor*. Li se cere pacienţilor să noteze ce au făcut în cursul zilei – oră cu oră – şi să evalueze gradul de satisfacţie şi plăcere „P", precum şi nivelul calitativ al realizării activităţii „C" cu note de la 1 la 10. „P" şi „C" sunt utile pentru verificarea unor gânduri automate precum: „Nu fac nimic", „Orice fac, mă simt la fel!".

b) *Planificarea activităţilor*. Având informaţii despre activităţile pe care le face pacientul şi gradul de satisfacţie pe care acestea îl determină, se poate organiza o schemă, un orar al activităţilor zilnice. Scopul este acela de a stimula activismul şi gradul de satisfacţie al pacientului. Avantajele unei astfel de planificări sunt multiple: reduce mulţimea „copleşitoare" de activităţi la un număr rezonabil, înlătură momentele anxioase de indecizie („Ce să fac?", „De ce să mă apuc?"), creşte probabilitatea efectuării unor activităţi, încurajează creşterea ponderii activităţilor plăcute şi a sentimentelor securizante de autocontrol şi satisfacţie.

c) *Împărţirea activităţilor în sarcini concrete mai mici*. Acest procedeu măreşte probabilitatea succesului, prin împărţirea sarcinilor în paşi mai mici, controlabili, îndeplinirea fiecăruia constituindu-se într-o

recompensă. Împărţind activităţile zilnice în sarcini mici, pacientul depresiv depăşeşte mai uşor sentimentul de neajutorare, iar succesele obţinute pot fi utilizate pentru combaterea unor gânduri negative precum: „Nu sunt în stare de nimic!", „Este prea mult pentru mine!" etc. Pentru a mări probabilitatea succesului, terapeutul trebuie să orienteze pacientul spre o dimensionare adecvată şi progresivă a sarcinilor, precum şi spre standarde de performanţă în acord cu resursele prezente ale acestuia.

Capitolul 3

Terapia centrată pe persoană

Terapia centrată pe persoană a fost iniţial numită *terapie nondirectivă* deoarece terapeutul avea mai ales rolul de a încuraja şi a asculta. Ulterior a fost utilizată sintagma *terapie centrată pe client*, datorită responsabilităţii complete atribuite clienţilor pentru propria lor dezvoltare şi maturizare. După 1961 (Ivey *et al.*, 2002) se preferă sintagma *terapie centrată pe persoană*. Spre deosebire de formulările iniţiale, în această ultimă etapă a dezvoltării teoriei sale, C. Rogers recomandă o mai mare implicare a terapeutului, inclusiv o anumită autodezvăluire în relaţia cu clientul.

3.1. Caracteristicile terapiei centrate pe persoană

În lucrarea sa *La relation d'aide et la psychothérapie* (1974), C. Rogers punctează următoarele aspecte distinctive ale metodei pe care o propune :

1. Are un *scop* diferit de al celorlalte terapii. Este centrată asupra individului, şi nu a problemei ; scopul urmărit nu este rezolvarea problemei, ci ajutarea clientului să atingă o anumită *maturizare* care să-l conducă la o adaptare superioară. „Terapia – spune C. Rogers – nu constă în a face ceva pentru individ şi nici în a-l conduce pe acesta să facă ceva pentru el însuşi ; ea constă în a-l elibera pentru a putea să-şi desăvârşească maturizarea şi dezvoltarea normală."
2. Pune accent pe *elementul trăit*, pe aspectul afectiv al situaţiei mai degrabă decât pe aspectul intelectiv ; majoritatea inadaptărilor,

problemelor, nu sunt determinate de lipsa informaţiilor; dacă ar fi aşa, atunci problemele s-ar rezolva simplu prin furnizarea de informaţii, dar viaţa arată că sfaturile „isteţe" nu rezolvă întotdeauna problemele.

3. Pune accentul pe *situaţia actuală* mai mult decât pe trecutul individului. Spre sfârşitul relaţiei de ajutor, trecutul ar putea fi util pentru înţelegerea genezei unui comportament, dar nu este în mod necesar important pentru atingerea obiectivelor terapeutice.

3.2. Cadrul teoretic al terapiei centrate pe persoană

Terapia centrată pe client are la bază un model al personalităţii care accentuează rolul deosebit al dezvoltării sau autoactualizării. Obiectivul ideal al actualizării este dezvoltarea deplină a personalităţii şi tendinţa de a evolua în direcţia maturizării. Această dezvoltare este rezultatul experienţelor personale („self" – eu) care pot apărea doar în relaţiile cu ceilalţi. Multe experienţe au un caracter simbolic, deşi ele pot fi conştientizate.

Adaptarea psihologică se află într-o strânsă coevoluţie cu imaginea de sine („self-concept"). Aceasta înseamnă că toate experienţele fizice şi senzoriale ale organismului sunt asimilate la un nivel simbolic, aflat într-o relaţie congruentă cu imaginea de sine. Oamenii vor deveni din ce în ce mai securizaţi şi congruenţi, dacă în relaţiile lor cu celelalte persoane se simt acceptaţi şi înţeleşi.

Dimpotrivă, dacă o persoană trăieşte ignorarea sau neacceptarea universului său interior, ori chiar lipsa de respect, acest fapt îi va afecta funcţionarea sa psihologică. Dacă un individ este continuu confruntat cu această atitudine, de exemplu la şcoală, la serviciu, acasă, atunci el va dezvolta o scăzută stimă de sine şi o imagine negativă de sine. Imaginea de sine a individului va avea, astfel, la bază evaluarea propriilor experienţe de către ceilalţi. Deoarece evaluările celorlalţi interiorizate de către individ nu se află într-o relaţie necesară cu experienţa factuală a acestuia, ele vor fi exprimate din ce în ce mai intens sub forma sentimentelor de tensiune, durere, suferinţă.

Întrucât fiecare are nevoie de o imagine pozitivă în tranzacţiile cu ceilalţi, persoana aflată în această situaţie dezvoltă ceea ce C. Rogers

numeşte o *imagine pozitivă condiţionată* prin interiorizarea unor condiţii ale demnităţii : ea se simte demnă de respect numai în anumite condiţii, în funcţie de valorile impuse din exterior, valori care nu au nici o legătură cu ceea ce simte persoana cu adevărat.

Experienţele aflate în dezacord cu aceste valori introiectate („condiţii ale demnităţii") pot fi percepute ca ameninţătoare şi de aceea vor fi ignorate, dezavuate şi respinse. Dacă acest fapt se întâmplă în mod repetat, atunci structura eului devine inflexibilă pentru a rezista acestor ameninţări, ajungându-se astfel la un fel de barieră în calea dezvoltării personalităţii. Dezintegrarea şi dezorganizarea se manifestă când persoana aflată în această stare de incongruenţă se confruntă cu un eveniment important („momentul adevărului"). Comportamentul dezorganizat al persoanei este expresia pendulării între direcţiile de acţiune dictate de „condiţiile demnităţii" impuse din exterior şi cele indicate de ceea ce simte aceasta cu adevărat. Scopul terapiei centrate pe client este diminuarea acestei dezorganizări şi depăşirea rezistenţei. Se poate ajunge la o autopercepţie realistă, care va schimba structura eului şi-i va mări autoacceptarea.

3.3. Procesul terapeutic

Deoarece relaţiile interpersonale sunt considerate a fi cheia dezvoltării individului, terapia oferă o relaţie astfel structurată încât va permite actualizarea resurselor, facilitarea dezvoltării şi a maturizării. Rogers consideră că, pentru a-şi atinge aceste obiective, relaţia terapeutică trebuie să se conformeze unor principii. Astfel, el descrie următoarele şase condiţii *necesare şi suficiente* pentru schimbarea personalităţii :

1. Două persoane intră într-o relaţie semnificativă pentru fiecare dintre ele.
2. Clientul se află într-o stare de incongruenţă, adică vulnerabil şi anxios ; el trăieşte sentimentul că nu corespunde imaginii pe care o are despre sine.
3. Terapeutul furnizează clientului o relaţie congruentă şi integrată ; adică, terapeutul este el însuşi congruent cel puţin în relaţia cu clientul.

4. Terapeutul acordă clientului o atenţie pozitivă necondiţionată şi acceptă toate experienţele acestuia, întrucât ele alcătuiesc persoana unică pe care o are în faţa sa.
5. Terapeutul retrăieşte universul interior al clientului într-o manieră empatică şi încearcă să returneze către acesta experienţele astfel receptate.
6. Clientul are disponibilitatea de a accepta, cel puţin în principiu, mesajul terapeutului în legătură cu atitudinea pozitivă necondiţionată a acestuia faţă de el şi cu felul cum înţelege situaţia sa.

Punctele 3, 4 şi 5 evidenţiază principalele caracteristici terapeutice ale relaţiei dintre terapeut şi client, descrise de terapia rogersiană ca fiind condiţiile *congruenţei, atenţiei (imaginii) pozitive necondiţionate şi empatiei*. Relaţia terapeutică este înţeleasă ca o alianţă activă în care terapeutul nu are alt obiectiv decât de a stabili o relaţie care să satisfacă cerinţele menţionate. În cazul în care clienţii pot accepta oferta unei relaţii empatice, necondiţionate şi congruente, atunci aceasta va preciza şi clarifica comportamentul lor, precum şi răspunsurile consecutive ale terapeutului. Rogers sugerează că eficienţa terapeutică nu constă în construirea unei relaţii terapeutice eficiente, ci în efortul continuu al terapeutului de a menţine această relaţie.

Congruenţa terapeutului nu este expresia interpretării unui rol ; terapeutul, pur şi simplu, exprimă deschis sentimentele pe care le trăieşte în momentul interacţiunii sale cu clientul. El conştientizează aceste sentimente şi are capacitatea de a le comunica acestuia într-o manieră adecvată. Dacă, de pildă, terapeutul se simte plictisit în relaţia cu clientul său, aceasta nu înseamnă că el îi va vorbi imediat despre acest sentiment ; dar în cazul în care clientul continuă să fie plictisitor, terapeutul îşi va exprima acest sentiment cu speranţa că vor vorbi deschis şi constructiv despre el. Totuşi, terapeutul nu trebuie să rănească sau să acuze pacientul, motivându-şi comportamentul prin invocarea spontaneităţii şi a congruenţei. De aceea, atunci când terapeutul exprimă sentimente negative, ele sunt prezentate ca reacţii personale, şi nu ca indicatori ai vreunei trăsături de personalitate a clientului. Rămânând la exemplul anterior, terapeutul poate spune : „Trăiesc un sentiment de plictiseală ! ”, şi nu : „Sunteţi o persoană plictisitoare ! ”. Dacă dorim ca

pacientul să se comporte sincer, autentic în relaţia terapeutică, şi noi, în calitate de terapeuţi, trebuie să avem capacitatea de a ne comporta astfel.

Terapeutul se poate comporta liber şi natural doar într-o relaţie bine definită. Această idee ne permite să aducem în discuţie *limitele* pe care le presupune o bună relaţie terapeutică.

În orice situaţie terapeutică sunt adresate cereri, sunt exprimate dorinţe în faţa cărora terapeutul trebuie să adopte o anumită atitudine. Terapeutul începător, fără experienţă, susţinut de intenţii bune şi grijuliu să nu rănească clientul, ar putea avea tendinţa să împlinească aceste cereri până când solicitările de timp, afective sau de reponsabilitate cresc într-o astfel de măsură încât el nu le mai poate satisface. Afecţiunea şi dorinţa iniţială de a-l ajuta se pot transforma treptat în evitare şi aversiune, terapeutul ajungând să-şi condamne şi să-şi respingă clientul. Rezultatul final va fi că şi clientul va trăi sentimentul că „încă o persoană în care a crezut" l-a trădat, iar acest sentiment ar putea avea consecinţe importante asupra evoluţiei sale psihologice şi implicării într-o altă posibilă relaţie terapeutică.

Prin urmare, orice terapie are limite. Singura problemă este de a şti dacă aceste limite sunt clar definite, clar înţelese şi pozitiv utilizate, sau dacă pacientul, într-un moment de mare nevoie, întâlneşte dintr-o dată aceste limite ca nişte bariere ridicându-se în faţa lui.

Iată câteva dintre aceste limite :

- *limitarea responsabilităţii* – terapeutul nu rezolvă problemele clientului ; terapia creează un cadru care-i permite acestuia să descopere propriile soluţii la propriile probleme ;
- *limitarea timpului* – pacientul nu poate cere timp mai mult invocând, de pildă, faptul că a ajuns cu întârziere la terapeut ;
- *limitarea agresivităţii* – clienţii au voie să-şi exprime sentimentele agresive, dar fără a pune în pericol viaţa terapeutului sau propria viaţă şi fără a distruge obiecte de mobilier ! ;
- *limitarea afecţiunii* – trebuie bine definită, mai ales în cazul copiilor ; cererile suplimentare de afecţiune ale acestora prin solicitarea de cadouri, dorinţa de a depinde de terapeut, dorinţa de a continua relaţia socială în afara orelor de terapie etc.

Definirea clară a limitelor influenţează pozitiv şi comportamentul terapeutului. Acesta devine mai relaxat, mai natural şi mai eficient.

Când relaţia nu este bine definită, este posibil ca persoana ajutată să ceară prea mult de la terapeut. Rezultatul este că acesta din urmă rămâne subtil în defensivă, pentru ca dorinţa sa de a-l ajuta să nu-l antreneze într-o capcană. Dar când relaţia terapeutică este bine definită, terapeutul poate abandona atitudinea sa defensivă, poate fi mai atent la nevoile şi sentimentele clientului şi poate juca rolul de facilitator, stabilizator, de la care poate porni clientul pentru a-şi reorganiza eul.

Atenţia pozitivă necondiţionată se manifestă prin exprimarea continuă a unui sentiment pozitiv, fără rezerve şi fără evaluări. Ea înseamnă să nu faci judecăţi de valoare (Rogers, 1974). Terapeutul nu trebuie să accepte anumite sentimente ale clientului şi să respingă altele, ci să-l valorizeze într-o manieră totală, necondiţionată. O posibilă excepţie se poate admite când terapeutul lucrează cu pacienţi schizofrenici. „În astfel de cazuri – spune C. Rogers – terapeuţii sunt mai eficienţi când se manifestă într-o manieră condiţională, adică atunci când nu acceptă manifestările lor bizare de tip psihotic."

Înţelegerea empatică a clientului. Are la bază întâlnirea celuilalt în baza unor dimensiuni sau puncte comune. Deseori, pentru descoperirea acestora, terapeutul apelează la o activitate sau un obiect intermediar : un joc cu un copil, o problemă profesională cu un salariat, audiţia unui fragment muzical cu un psihotic etc.

„A fi empatic înseamnă – spune C. Rogers – a percepe cu acurateţe cadrul intern de referinţă al altuia, cu toate componentele sale emoţionale şi semnificaţiile care-i aparţin «ca şi cum» ai fi cealaltă persoană, dar fără a pierde condiţia de «ca şi cum»." (*cf.* Marcus, 1997, p. 13)

Înţelegerea empatică are la bază o pendulare continuă a terapeutului în câmpul intersubiectiv al relaţiei sale cu clientul, în timpul căreia se apropie de cadrul de referinţă intern al acestuia până la identificare, după care se depărtează din nou, conştientizând propria sa identitate. Deci, empatia nu este o stare, ci, mai degrabă, o mişcare perpetuă, o oscilaţie între diferenţă şi similitudine.

Căutând să înţeleagă sensul limbajului interlocutorului, utilizând cuvintele sale şi reprezentându-şi mediul fizic şi social în care trăieşte, istoria acestuia, terapeutul va reuşi, în cele din urmă, să intre în universul interior al clientului şi să perceapă realitatea prin lentilele aceloraşi ochelari.

Comportamentul empatic al psihologului poate stimula clientul să ceară sfaturi utilizând formula : „Dacă aţi fi în locul meu, ce aţi face ? ". Deseori, răspunsul care începe cu „Dacă aş fi în locul dvs., eu aş face..." denotă o credinţă naivă şi inadecvată despre capacitatea pe care o are respectiva persoană de a se transpune în locul cuiva ; în plus, „soluţia" furnizată astfel întreţine iluzia unei identităţi comune celor doi protagonişti.

Deşi ceilalţi sunt făcuţi din acelaşi „aluat" ca şi noi (pot fi trişti sau veseli, gândesc la diverse lucruri etc.), sunt totuşi atâtea diferenţe pe care noi, în calitate de terapeuţi, trebuie să le avem mereu în vedere : sexul, vârsta, mediul cultural, statutul social, profesia, trăsăturile de personalitate, sistemul de defense etc. De aceea, terapeutul trebuie să evite angajarea într-o identificare activă cu clientul său - „Ce aş face în locul lui ? " -, antrenându-şi, mai degrabă, sensibilitatea de a măsura realitatea cu unitatea de măsură utilizată de client - „Ce aş putea face dacă aş fi el pentru a rezolva această problemă ? ". Astfel, *identificarea* terapeutului cu interlocutorul său nu conduce la pierderea identităţii primului, ci la „introiectarea unui număr suficient de părţi ale celuilalt pentru a lucra împreună asupra aceluiaşi material" (Poussin, 1992, p. 43).

În timpul terapiei, terapeutul trebuie să controleze procesul de identificare în aşa fel încât să poată face acest fapt fără a trăi iluzia identităţii pacientului. Efectele acestei iluzii pot fi observate în relaţiile cu anumiţi pacienţi faţă de care este greu de găsit distanţa psihologică adecvată. Am putea să ne gândim, de exemplu, la pacienţii diagnosticaţi cu boli foarte grave, precum cancerul sau SIDA : apropierea lor ne confruntă pe noi înşine cu propriile angoase ale morţii.

Probabil cel mai important concept al terapiei rogersiene este *încrederea* – încrederea că indivizii şi grupurile pot să-şi stabilească propriile obiective şi să-şi controleze calea până la atingera acestora. Raportată la procesul terapeutic, acest concept are doi versanţi : unul orientat spre clienţi, vizând capacitatea acestora de a-şi „alege terapeutul, frecvenţa şi durata terapiei, de a vorbi sau de a tăcea, de a decide care probleme să fie explorate, de a dezvolta propriul lor *insight* şi de a fi arhitecţii propriilor lor vieţi" (Raskin şi Rogers, 1995, p. 129) ; celălalt versant este orientat spre terapeut. Terapeutul sau mediatorul într-un grup terapeutic manifestă continuu o atitudine empatică în raport cu imaginile

despre lume, discursul verbal şi sentimentele clienţilor săi. Într-unul dintre studiile sale recente (1986), C. Rogers îşi exprimă încrederea în valorile profunde şi autentice ale terapeutului ca factori sanogenetici: „Când sunt în cea mai bună formă, ca mediator într-un grup sau ca terapeut, descopăr o altă caracteristică. Am constatat că atunci când sunt într-o strânsă relaţie cu universul meu interior, cu eul meu sensibil, când într-un anume fel sunt în contact cu inconştientul meu, când poate sunt într-o uşoară stare modificată a conştiinţei în timpul relaţiei terapeutice, atunci indiferent ce fac pare să aibă efecte terapeutice depline. Atunci prezenţa mea alină şi oferă ajutor" (*cf.* Raskin şi Rogers, 1995, p. 129).

În concepţia lui C. Rogers, procesul terapeutic are mai multe etape (Rogers, 1974). Aceste etape evidenţiază în egală măsură atât aspectul nondirectiv şi umanist al intervenţiei terapeutice, cât şi drumul parcurs de client pe calea maturizării sale psihosociale.

1. *Clientul vine şi solicită un ajutor*. Decizia de a se prezenta la terapeut este un act de independenţă responsabilă – clientul vine singur, nu este adus. Acceptând responsabilitatea solicitării ajutorului terapeutic, clientul acceptă şi responsabilitatea de a se ocupa de problemele sale.
2. *Situaţia de ajutor este normal definită*. Încă de la început, clientul este avertizat de faptul că terapeutul nu are răspunsuri la problemele sale. Psihoterapia furnizează un cadru în care clientul poate descoperi, cu ajutor, propriile răspunsuri la propriile întrebări. Terapeutul comunică pacientului verbal şi nonverbal ideea şi sentimentele de libertate şi autenticitate, încurajându-l să se manifeste în acord cu ceea ce simte şi gândeşte pe toată durata şedinţei de psihoterapie. Terapeutul acceptă chiar şi ca pacientul să nu fie prezent la terapie dacă are lucruri mai importante de făcut (el va plăti totuşi şedinţa de terapie conform contractului terapeutic).
3. *Încurajarea exprimării libere a sentimentelor în ceea ce priveşte problema sa*. Dacă am reuşit să-l facem pe client să simtă că ora de terapie îi aparţine cu adevărat şi că o poate utiliza cum doreşte, atunci el va începe să-şi exprime liber ostilitatea şi anxietatea, sentimentele de îngrijorare şi culpabilitatea, ambivalenţa şi indeciziile. Atitudinea de înţelegere empatică a clientului de către terapeut facilitează o comunicare terapeutică autentică şi neevaluativă.

4. *Terapeutul acceptă, recunoaşte şi clarifică sentimentele negative*. Acceptând sentimentele clientului, el trebuie să fie pregătit să răspundă nu la conţinutul intelectual al celor spuse de client, ci la sentimentele pe care acestea le implică. În mod frecvent, terapeutul clarifică verbal aceste sentimente, nu încearcă să le interpreteze cauza şi nici să le discute utilitatea – el recunoaşte pur şi simplu că ele există şi le acceptă.
5. *Când persoana a exprimat complet sentimentele negative, ea încearcă timid exprimarea tendinţelor pozitive* ce favorizează maturizarea sa. Cu cât exprimarea sentimentelor negative este mai violentă şi mai profundă (întrucât ele sunt acceptate şi recunoscute), cu atât este mai sigur că vor urma manifestări pozitive de dragoste, tendinţe sociale de amor propriu fundamental, dorinţa de maturizare. Contrazicând pe cineva, nu facem altceva decât să-l provocăm la o argumentare excesivă a propriei credinţe, fapt ce scade probabilitatea modificării ei ulterioare ; acceptând sentimentele negative ale cuiva despre el însuşi, accentuăm dezechilibrul psihologic al acestuia, fapt ce determină creşterea probabilităţii manifestării unor tendinţe contrare (în virtutea nevoii naturale de homeostazie).
6. *Terapeutul acceptă şi recunoaşte sentimentele pozitive exprimate, în aceeaşi manieră în care a recunoscut şi acceptat sentimentele negative.* Aceste sentimente pozitive nu sunt acceptate cu aprobări şi elogii. Valorile morale nu intră în acest tip de terapie. Sentimentele pozitive sunt acceptate ca o parte nici de mai mare, nici de mai mică importanţă a personalităţii decât sentimentele negative.
7. *Această nouă percepţie, înţelegere şi acceptare de sine* constituie cel mai important aspect al întregii metode. Ea asigură baza de la care individul poate să meargă spre noi niveluri de integrare.
8. *Clarificarea deciziilor şi a modurilor de acţiune posibile* concomitent cu creşterea autoînţelegerii şi a autoacceptării. Ca urmare a reducerii disocierii dintre imaginea de sine şi experienţa curentă, clientul îşi dezvoltă capacitatea de a-şi asuma propriile decizii.
9. *Iniţierea acţiunilor pozitive, adaptative minore* care dezvoltă un ciclu al schimbării ce-l conduce pe pacient spre niveluri superioare de adaptare.
10. *Înţelegere de sine mai completă şi mai precisă* pe măsură ce individul dobândeşte curajul de a scruta mai profund propriile sale acţiuni.

11. *Acţiuni pozitive integrate* din ce în ce mai importante ; deşi anumite simptome persistă, clientul are o cu totul altă imagine despre acestea ; ele nu-i mai ameninţă respectul de sine.
12. *Descreşterea nevoii de ajutor* şi recunoaşterea de către client că relaţia trebuie să înceteze. Ca şi iniţiativa începerii terapiei, şi cea privind terminarea terapiei aparţine clientului ; terapeutul nu face presiuni nici pentru întreruperea terapiei, nici pentru continuarea ei. Deseori mă adresez pacienţilor mei astfel : „Preţul pe care îl plătiţi pentru terapie vă va determina să faceţi mereu un bilanţ cost/ beneficii. Pe măsură ce terapia evoluează, beneficiile psihologice pe care le veţi obţine vor fi din ce în ce mai mici, astfel încât veţi ajunge într-un moment în care veţi considera că este mai bine să întrerupeţi terapia. Când va sosi acest moment, vă rog să-l discutăm împreună".

3.4. Competenţe interpersonale ale terapeutului (consilierului) centrat pe persoană

Demersul terapeutic fundamentat de C. Rogers este, probabil, cel mai frecvent ingredient al abordărilor terapeutice de tip eclectic ; de asemenea, multe dintre conceptele rogersiene cu privire la personalitate şi relaţia terapeutică formează cadrul general al consilierii psihologice. De aceea, considerăm necesar să detaliem câteva dintre conceptele ce se referă la principalele competenţe interpersonale ale terapeutului (consilierului), care adoptă o abordare de tip nondirectiv : comportamentul participativ, reflectarea sentimentelor, reformularea.

3.4.1. *Comportamentul participativ*

Actul terapeutic se desfăşoară într-un climat relaţional comprehensiv şi pe fondul unei dorinţe reciproce de colaborare. Deseori, ni se întâmplă să observăm că, deşi se află foarte aproape unii de ceilalţi din punct de vedere fizic, unii oameni rămân destul de străini, de îndepărtaţi şi inaccesibili din punct de vedere psihologic. Indiferent dacă este vorba de o situaţie de terapie sau consiliere, armonia şi empatia sunt esenţiale

pentru stabilirea unei atmosfere de încredere şi participare în care interlocutorii pot reacţiona liber. Ce facem pentru a stabili o relaţie empatică? Cum construim o relaţie deschisă, de încredere?

Pentru a da un răspuns util practicii clinice ar trebui, mai întâi, să ne punem o altă întrebare: cum ştim dacă două persoane se află într-o relaţie empatică? Dacă, într-adevăr, într-o relaţie de comunicare cuvintele contează foarte puţin (7%, conform cercetării lui Mehrabian şi Ferris, 1967, *apud* Fèvre, Soto, 1995), înseamnă că, în bună măsură, răspunsul la întrebarea noastră trebuie căutat în domeniul comunicării nonverbale şi paraverbale. Limbajul corpului şi tonalitatea vocii par să joace rolul cel mai important în crearea unui raport psihologic.

Participarea şi ascultarea sunt considerate a fi deprinderi fundamentale ale oricărui bun consilier. Definind aceste concepte, Egan (1994) consideră că participarea se referă la orientarea fizică a consilierului (terapeutului) către client, în timp ce ascultarea înseamnă capacitatea de a capta şi înţelege mesajele pe care clienţii (pacienţii) le comunică, verbal sau nonverbal, clar sau vag.

Comunicăm cu ajutorul cuvintelor, modulaţiilor vocii, corpului, postúrilor, gesturilor şi al expresiilor mimice. Nu putem să nu comunicăm. Chiar când nu spunem nimic şi rămânem imobili, transmitem un anumit mesaj.

Mesajul transmis celorlalţi depăşeşte conţinutul semantic al cuvintelor pe care le utilizăm. Cercetările au evidenţiat că în timpul unui discurs prezentat în faţa unui grup, 55% din impactul acestuia se datorează limbajului corporal (postură, gesturi, contact vizual), 38% tonului vocii şi doar 7% conţinutului verbal al mesajului transmis (Mehrabian şi Ferris, 1967, *apud* Fèvre, Soto, 1995). Aceste procente diferă de la o situaţie la alta: limbajul corpului şi tonul vocii schimbă enorm impactul şi semnificaţia mesajului. În foarte multe situaţii este mai important *cum* spunem decât ceea *ce* spunem! De câte ori un *da* nu înseamnă *nu*, sau invers, în funcţie de felul în care aceste cuvinte sunt spuse? Dacă cuvintele sunt conţinutul „digital" al mesajului, atunci postúrile, gesturile, expresiile mimice formează contextul acestuia; iar acestea împreună – conţinut şi context – asigură semnificaţia comunicării.

Vom prezenta în continuare câteva dintre elementele cele mai importante incluse în ceea ce majoritatea manualelor de consiliere numesc comportament participativ.

3.4.2. *Tipuri de comportament participativ*

3.4.2.1. *Utilizarea spaţiului*

Spaţiul intim. Distanţa fizică existentă între două persoane care comunică traduce destul de bine distanţa psihologică dintre interlocutori : spunem un secret unei persoane de încredere apropiindu-ne de urechea ei, dar comunicăm o dispoziţie oficială cuiva plasându-ne la o *distanţă socială*, adică 1-1,5 m). În general, menţinem în jurul nostru un *spaţiu intim* care ne permite libertatea mişcărilor şi ne asigură un sentiment de securitate. Când, în anumite situaţii sociale – în lift, metrou etc. –, acest spaţiu intim este violat, oamenii apelează automat la gesturi de maximizare a distanţei psihologice : evitarea privirii celuilalt, o mimică neutră, imobilă etc.

Mărimea spaţiului intim – în general sub 1 m – variază de la un individ la altul, şi invadarea lui are efecte psihologice diferenţiate. Persoanele timide sau cu o anume fragilitate psihologică preferă să-şi ţină interlocutorul la distanţă. Ele resimt mai mult decât altele intruziunile în spaţiul lor intim.

Poziţia spaţială. Despre relaţia de ajutor (în terapie sau consiliere) se vorbeşte, deseori, ca despre o situaţie „faţă în faţă". Totuşi, poziţia de faţă în faţă indică, mai degrabă, o relaţie de opoziţie, de apărare-atac. Situaţia în care interlocutorii sunt aşezaţi într-un unghi de 45°-90° acordă o mai mare libertate şi un confort sporit fiecăruia, deoarece întâlnirea privirii celuilalt devine oarecum opţională.

În mod spontan, în cursul unei discuţii, interlocutorii îşi schimbă poziţia şi distanţa în funcţie de obiectivele şi încărcătura afectivă a mesajelor transmise.

Contactul corporal. Maniera în care corpurile se ating, se întâlnesc, se îndepărtează sau se evită este influenţată de stările emotive şi de habitudinile socioculturale. Prin atingerea corpului transmitem diverse stări emotive (nelinişte, prietenie, siguranţă, relaxare etc.), deoarece contactul corporal este una dintre formele primare ale comunicării.

Atingerea pacienţilor poate avea efecte pozitive asupra lor, făcându-i să se simtă înţeleşi şi implicaţi în relaţia terapeutică, dar poate avea şi

efecte negative dacă aceştia trăiesc sentimentul că spaţiul lor intim a fost violat. De aceea, atingerile pacienţilor trebuie făcute cu prudenţă.

Postura. Postura, echilibrul corpului şi al coloanei vertebrale exprimă atitudinile noastre fundamentale. De la primul contact simţim o atitudine deschisă, primitoare sau, dimpotrivă, de respingere, dispreţ sau supunere. Cineva cu o atitudine de supunere evidentă este descris, în mai multe culturi, ca neavând coloană vertebrală! Nu ne propunem aici să decodificăm manifestările posturale specifice principalelor atitudini ce pot apărea într-o situaţie de comunicare. Subliniem doar că terapeutul, clinicianul, trebuie să adopte, în general, o atitudine deschisă, menită să stimuleze contactul psihologic cu clienţii săi: capul uşor aplecat într-o parte, corpul aplecat în faţă, postura suplă şi destinsă.

Gesturile. Gesturile însoţesc, subliniază şi punctează discursul nostru. Ele exprimă maniera noastră de a gândi, de a resimţi lucrurile; ele traduc realitatea noastră profundă, o fac vizibilă unui observator atent şi avizat. Mişcările corpului pot fi împărţite în câteva tipuri, fiecare având o funcţie diferită (Ekman şi Friesen, 1969). *Emblemele* sunt substitute pentru cuvinte (de pildă, degetele în V – emblema victoriei). *Ilustratorii* acompaniază vorbirea (pescarii ilustrează mărimea peştilor prinşi cu mâinile). *Regulatorii* (de exemplu, mişcările capului) monitorizează fluxul conversaţiei, în timp ce *adaptorii* sunt gesturi care, la fel ca majoritatea celorlalte categorii, scapă controlului conştient şi nu au, în general, un scop comunicativ (cum ar fi muşcarea buzelor, mişcarea automată a creionului aflat în mână sau desenarea automată a unor linii neregulate, figuri etc.). Dacă emblemele, ilustratorii şi regulatorii însoţesc şi completează mesajul verbal, adaptorii ne pot informa, mai ales, despre contextul emoţional în care se realizează comunicarea.

Incongruenţa dintre mesajul verbal şi cel al corpului poate fi o importantă sursă de informaţii. Este deja banală situaţia în care gura spune *da*, iar întregul corp spune *nu*! Mişcările corpului furnizează informaţii care, deseori, nu pot fi obţinute prin analiza conţinutului verbal sau a expresiei faciale. Cercetările în acest domeniu au evidenţiat că mişcările picioarelor trădează cel mai uşor realitatea psihologică profundă a interlocutorilor, deoarece ele sunt mai puţin conştientizate şi controlabile voluntar. În acest clasament urmează mâinile şi faţa ca surse de indicatori nonverbali ai stării psihice.

Utilizarea adecvată a mişcărilor capului de către terapeut (consilier) îi poate face pe pacienţi (clienţi) să se simtă ascultaţi şi urmăriţi cu atenţie atunci când vorbesc. Deseori, intervenţiile verbale sunt înlocuite cu uşoare mişcări ale capului, ce semnalizează interlocutorului că suntem *cu* el şi-l încurajăm să continue. Totuşi, utilizarea exagerată a acestor mişcări poate avea efecte contrare.

Faţa şi mimica. Există feţe care atrag şi inspiră încredere, altele pe care nu am dori să le mai revedem vreodată, mai ales când suntem singuri ! Există feţe nervoase, crispate, flegmatice, senzuale, voluntare, sangvine etc. Trăsăturile sunt dilatate sau retractate. Caracterologia a încercat să acorde diverse semnificaţii trăsăturilor feţei : partea de sus a acesteia s-ar afla în relaţie cu intelectul, partea de jos ar exprima forţa instinctelor, în timp ce partea mediană ar reflecta viaţa emoţională. Totuşi, nici o clasificare nu a reuşit să ofere explicaţii valide pentru marea diversitate a feţelor pe care le întâlnim. Pentru a evita erorile în interpretarea acestor indicatori, trebuie să avem permanent în vedere contextul în care apar, precum şi considerarea expresiilor faciale în dinamica lor. Deseori, microexpresiile ce apar în cursul conversaţiei constituie cele mai bune coduri pentru o analiză validă : o uşoară tensiune în privire, o ridicare a sprâncenelor, o grimasă a gurii etc.

O trăsătură facială importantă este zâmbetul. Deşi, în general, zâmbind părem prietenoşi şi-i încurajăm pe ceilalţi să comunice cu noi, atragem atenţia că zâmbind prea mult atunci când subiecţii sau clienţii noştri ne vorbesc despre probleme serioase am putea părea neserioşi, superficiali, iar zâmbetul – un comportament neautentic, artificial.

Privirea. A intra în relaţie cu o persoană înseamnă, mai întâi, a realiza un schimb de priviri. A-l accepta pe celălalt presupune a-i accepta privirea. A vedea şi a fi văzut sunt acţiuni primare într-o relaţie conversaţională. Cu ajutorul privirii transmitem cele mai subtile nuanţe ale emoţiilor şi gândurilor noastre. Privirea poate fi directă, încrezătoare, veselă, ipocrită, goală etc. De altfel, se spune deseori că „ochii sunt oglinda sufletului”.

Durata contactului vizual în cursul unei interacţiuni variază între 28% şi 70% din durata acesteia (Kendon, 1967), iar fixarea reciprocă a privirii nu depăşeşte, în general, o secundă. La începutul unei interacţiuni,

cuplul intervievator-intervievat declanşează o „negociere" inconştientă privind durata şi frecvenţa contactului vizual. Un contact vizual minim semnalează un interes scăzut pentru mesajul transmis de interlocutor, în timp ce un contact vizual prelungit poate induce acestuia sentimente de disconfort, ideea că celălalt doreşte să-l controleze, să-l evalueze, să-l domine.

Contactul vizual este influenţat şi de alţi factori : distanţa spaţială, mimica, postura, conţinutul verbal, contextul. Astfel, o persoană care vorbeşte despre probleme personale, intime, importante, va avea tendinţa de a scădea frecvenţa privirilor adresate interlocutorului. În general, privim interlocutorul mai mult atunci când ascultăm decât atunci când vorbim. În acest context, subliniem că privirea consilierului (terapeutului) poate încuraja sau descuraja clienţii (pacienţii) să abordeze unele probleme.

În sfârşit, felul în care persoanele se privesc variază în funcţie de diverse coduri socioculturale.

Vocea. Ascultarea vocii cuiva ne furnizează informaţii privind starea emotivă, intenţiile, atitudinea şi diverse alte caracteristici ale acestuia.

Timbrul. El dă culoare unei voci. O voce poate fi armonioasă, agreabilă sau, dimpotrivă, metalică, seacă, spartă.

Înălţimea sunetelor. Este în funcţie de frecvenţa lor. În plan psihologic, înălţimea sunetelor vocii ne furnizează informaţii referitoare la registrul emotiv al unei intervenţii. În general, vocea devine ascuţită în accesele de mânie şi tensiune şi coboară în frecvenţă, devenind gravă, în cazul depresiei. *Intensitatea* sunetelor ne va indica energia şi vigoarea unei voci sau, dimpotrivă, oboseala şi epuizarea sa. Întreaga noastră existenţă este racordată la un anumit *ritm*. Ritmul vorbirii exprimă o atitudine existenţială tipică, este maniera fiecăruia de a se situa în discurs, felul în care oamenii reacţionează la stimuli interni sau externi. Când ritmurile se opun fundamental în cadrul unei convorbiri, comunicarea devine deseori foarte dificilă. Ritmul este suportul fundamental al atenţiei. Monotonia şi repetiţia plictisesc. O convorbire eficientă menţine un bun echilibru între repetiţia unui ritm de bază şi variaţiile diverse ce captează atenţia interlocutorilor.

Într-o convorbire, terapeutul trebuie să fie foarte sensibil la muzica vocii: fie pentru a-şi modula propriile intervenţii, fie pentru a-şi cunoaşte mai bine propriul interlocutor. El trebuie să înregistreze modificările tonului, ale debitului, accentele puse pe anumite cuvinte sau pe o anumită frază şi să încerce să le raporteze la conţinutul mesajului şi contextul comunicării.

3.4.2.2. *Utilizarea comportamentului participativ pentru crearea unui bun raport psihologic*

Pentru descrierea unui bun raport psihologic se utilizează deseori metafora dansului. La fel ca într-un dans, persoanele aflate într-o bună relaţie de comunicare răspund la sau reflectă mişcările celuilalt utilizând propriile mişcări. Limbajele corporale ale persoanelor respective sunt complementare. Când suntem într-o relaţie empatică cu cineva, corpul nostru adoptă o postură asemănătoare corpului celuilalt, facem gesturi similare, respirăm la fel, ritmul vorbirii şi intensitatea vocii se apropie de cele ale partenerului nostru. Dacă acceptaţi atmosfera de complicitate pe care v-o propune interlocutorul apropiindu-se şoptit, atunci veţi face şi dumneavoastră un pas spre el şi-i veţi răspunde cu aceeaşi intensitate a vocii. Dacă procedaţi altfel, înseamnă că refuzaţi „dansul" pe care vi-l propune partenerul.

Comportamentul nonverbal bine sincronizat cu cel al interlocutorului creează o relaţie armonioasă ce alimentează sentimentul de încredere reciprocă. Putem stabili o relaţie armonioasă cu aproape oricine, perfecţionându-ne în mod conştient tehnicile de empatizare pe care le utilizăm spontan, cotidian.

Multe manuale referitoare la interviul psihologic (terapeutic sau de consiliere) evidenţiază necesitatea ca terapeutul (consilierul) să adopte o poziţie deschisă, relaxată. Este posibil însă ca această poziţie să mărească distanţa psihologică dintre noi şi clientul nostru, dacă acesta din urmă continuă să rămână cu corpul crispat, aşezat pe marginea scaunului, cu braţele încrucişate, ori mişcându-le ca şi când nu ştie ce să facă cu ele, cu picioarele strânse sau aşezate unul peste celălalt. În acest caz, este mai bine să ne sincronizăm noi cu clientul, să adoptăm o poziţie asemănătoare, să respirăm într-un ritm similar şi, după stabilirea unui bun raport psihologic, putem să ne schimbăm poziţia corpului,

adoptând o postură relaxată, ce exprimă acceptare şi deschidere; de cele mai multe ori, pacienţii ne vor urma inconştient!

Pentru a intra în rezonanţă cu celălalt nu trebuie să-i copiem într-o manieră perceptibilă, exagerată şi fără discriminare fiecare mişcare. O astfel de atitudine poate avea efecte contrare, sau poate fi considerată o insultă! Putem să reflectăm mişcările braţului prin mişcări uşoare ale mâinii, mişcările corpului prin înclinări ale capului; respiraţia foarte rapidă a pacientului poate fi reflectată prin mişcări ritmice ale mâinii aşezate pe braţul fotoliului, iar ticurile – prin uşoare balansări ale corpului. Acest mod de reflectare se numeşte „sincronizare încrucişată" şi constă în utilizarea unor comportamente analoage, mai degrabă decât identice celor pe care dorim să le reflectăm.

Utilizând sincronizarea nonverbală creăm un pod între noi şi ceilalţi – avem mai multe lucruri în comun cu celălalt, mai multe puncte de contact. Putem, astfel, să ne înţelegem mai bine interlocutorul, să-l provocăm la răspunsuri care, într-un alt context, ar fi puternic cenzurate. Nu putem invita pe nimeni să vină spre noi, dacă, mai întâi, nu am construit „podul"!

Desincronizarea este, şi ea, o tehnică utilă. Mijlocul cel mai elegant de a sfârşi o conversaţie este acela de a ieşi din „dans". Nu vom putea face acest lucru decât dacă vom schimba, evident, „paşii", dacă vom proceda altfel, uneori chiar invers, decât atunci când am invitat persoana la „dans". Ce faceţi atunci când cineva întâlnit întâmplător pe stradă începe să vă povestească lucruri plictisitoare? Cum procedaţi pentru a-i refuza politicos „invitaţia la un dans" care nu vă interesează?

Sincronizarea paraverbală este un alt mijloc pentru stabilirea unui bun raport psihologic. Putem să ne armonizăm cu ceilalţi adaptând tonalitatea, debitul, volumul şi ritmul discursului nostru. Este ca şi cum am cânta împreună cu cineva aceeaşi partitură muzicală. Convorbirea telefonică cu un prieten poate fi un bun exemplu de sincronizare verbală. Putem, de asemenea, să punem capăt acestei convorbiri, desincronizându-ne, schimbând tonalitatea sau ritmul; desincronizarea este o tehnică utilă şi, nu întotdeauna, uşor de practicat: este foarte dificil să închei firesc o convorbire telefonică prelungită peste limitele pe care eşti dispus să le accepţi!

Pentru stabilirea unui bun raport psihologic şi pentru menţinerea lui este util să ne sincronizăm cu interlocutorul nostru, respectându-i astfel „harta", imaginea pe care acesta o are despre el însuşi şi despre situaţia în care se află. Utilizarea sincronizării trebuie să fie totuşi subordonată obiectivului terapiei (consilierii). Astfel, trebuie să ne întrebăm dacă nu cumva interlocutorul nostru devine prizonierul unui monolog repetitiv sau are un scop mai mult sau mai puţin conştient ce intră în dezacord cu obiectivul explicit al interviului – de pildă, prelungirea nedefinită a convorbirii asupra unui subiect pentru a evita abordarea unor teme mai „fierbinţi". În acest caz, putem introduce în „melodie" un contratimp, desincronizându-ne. De cele mai multe ori, efectele acestei desincronizări apar imediat. Desincronizarea produce o „întrerupere a patternului" (Fevre şi Soto, 1995), permiţând relaţiei comunicative să evolueze.

3.4.3. *Reformularea*

Dacă principiul fundamental al terapiei centrate pe client este cel al nondirectivităţii, atunci ce fel de *ajutor* îi oferă terapeutul clientului său ? El doar îi *reflectă* sentimentele şi îi propune *reformulări* a ceea ce clientul tocmai i-a spus. Tipul de influenţă pe care psihologul îl exercită astfel este numit *facilitare*. Reformularea facilitează evoluţia, deoarece permite conştientizarea treptată a ceea ce se produce, ea fiind un factor stimulativ (un feedback pozitiv).

A reformula înseamnă a spune cu alţi termeni într-o manieră mai concisă sau mai explicită ceea ce clientul (pacientul) tocmai a exprimat. O reformulare este corect efectuată şi devine eficientă doar în măsura în care întruneşte acordul celui căruia îi este destinată.

A considera acordul clientului criteriul principal al validităţii reformulării înseamnă a-l considera pe acesta „expert" în problema sa : clientul este cea mai informată persoană în legătură cu situaţia pe care o trăieşte. Prin urmare, el ştie exact despre ce vorbeşte. Această concepţie se situează la polul opus concepţiei psihanalitice conform căreia subiectul este inconştient de adevărata natură a problemei sale. De altfel, pe această idee promovată de psihanaliză se bazează ideea atotputerniciei intuiţiei psihologului.

În acord cu ideea că terapeutul trebuie să adopte o atitudine pozitivă necondiţionată în relaţia sa cu clientul – una dintre condiţiile necesare

ale unei terapii eficiente în concepţia lui C. Rogers –, reformularea implică credinţa că orice comportament uman are o logică specifică şi că toate reacţiile afective, comportamentale, verbale etc. au o semnificaţie anume ce se dezvăluie doar în cadrul universului intim al fiecăruia dintre noi. De aceea, sarcina terapeutului este aceea de a asculta, a înţelege şi a returna clientului un mesaj care să fie expresia acestei înţelegeri.

Astfel, terapeutul face din client un partener deoarece reformularea implică deopotrivă *reflecţie activă* din partea terapeutului, dar şi a clientului. Acest tip de relaţie are la bază încrederea în capacitatea de autocunoaştere şi în puterea de autoreglare finală a omului prin el însuşi.

Reamintind că o reformulare validă este cea care întruneşte acordul clientului, am putea rezuma astfel consecinţele imediate ale acesteia :

- terapeutul este sigur că nu a introdus nimic în plus de natură interpretativă în mesajul pe care i l-a transmis clientul ;
- cu cât clientul se recunoaşte mai uşor în reformularea terapeutului, cu atât mai mult va avea sentimentul că este ascultat şi înţeles şi se va angaja mai activ în relaţia terapeutică ;
- o bună reformulare este o bună dovadă şi că terapeutul însuşi este activ implicat în relaţia terapeutică, ascultă şi înţelege.

Analizând reformularea în concepţia lui C. Rogers, R. Mucchielli (1994) evidenţiază trei procedee principale ale acesteia, cu efecte progresive.

3.4.3.1. *Reformularea-reflectare*

Ea reia o secvenţă importantă a discursului ori ultimele cuvinte ce sunt urmate de o pauză mai lungă. Putem, astfel, să evidenţiem ideile importante şi să facem o invitaţie la continuarea discursului. Procedând astfel, dovedim clientului că înţelegem şi gândim *împreună* cu el.

Modul cel mai simplu al acestui tip de reformulare este *răspunsul-ecou.*

⇨ *Exemplu* :

C: ...Şi eram foarte deprimat... (pauză)
T: ...Înţeleg... Eraţi foarte deprimat...

Utilizarea lui în exces ar putea sfârşi prin a crea clientului impresia unui efort superficial de înţelegere. De aceea, reformularea care utilizează *alţi termeni*, consideraţi echivalenţi, este superioară în măsura în care evidenţiază un efort real de înţelegere, este vorba de solicitarea unui feedback, de verificare a unei informaţii. Terapeutul stabileşte dacă a înţeles bine sau nu: astfel..., după dumneavoastră..., vreţi să spuneţi că..., cu alţi termeni...

⇨ *Exemplu*:

C: ...Şi eram foarte deprimat... (pauză)

T: ...Vreţi să spuneţi că felul cum v-a privit v-a necăjit foarte mult...?

Însă modul cel mai complex al acestui tip de reformulare este *reformularea-rezumat* care îşi propune să evidenţieze, pentru client, aspectele esenţiale ale mesajului său. Există riscul ca rezumând să interpretăm! De aceea, terapeutul trebuie să sublinieze aspectele esenţiale, păstrând cadrul de referinţă propus de client.

⇨ *Exemplu*:

C: Problema, cu acest gen de sentimente plăcute, este că mă simt nefericit pentru că ştiu că, după aceste extraordinare momente de împrospătare a forţelor, voi recădea în starea de depresie.

T: Dacă înţeleg bine, vă spuneţi că aceste reacţii tonice sunt pasagere şi acest fapt vă interzice orice satisfacţie.

3.4.3.2. *Reformularea ca inversare a raportului figură-fond*

Acest procedeu îşi are originea în teoria gestaltistă şi exprimă foarte bine concepţia rogersiană privind „restructurarea câmpului". La fel ca în percepţia figurilor duble în care, în funcţie de focalizarea atenţiei, alternativ, obiectul percepţiei devine fond, iar fondul obiect al percepţiei, acest tip de reformulare inversează raportul „figură-fond" al unei situaţii. Ea evidenţiază aspectele implicite ale unei propoziţii:

⇨ *Exemplu*:

C: ...Sunt singurul din clasă care nu face niciodată ceva bine!

T: ...După părerea dvs. toţi ceilalţi reuşesc mai bine decât dumneavoastră?

Această intervenţie, deşi nu scoate şi nu introduce nimic nou în mesajul iniţial, provoacă clientul să-şi perceapă situaţia sub un alt unghi, să-şi precizeze sau să-şi modifice ideile. De câte ori nu se spune că nu vedem pădurea din cauza copacilor, ori copacul din cauza pădurii ! De câte ori oamenii nu rămân *prizonierii unui anumit punct de vedere*, al unui anumit aspect al situaţiei !

Apariţia bruscă a unui alt raport între elementele situaţiei poate provoca stări afective intense şi accentuează o priză de conştiinţă mai reflexivă asupra situaţiei. Având în vedere stările afective ce pot însoţi acest tip de reformulare, şi care nu întotdeauna pot fi benefice pentru evoluţia terapiei, terapeutul trebuie să aibă o atitudine şi un ton empatice.

3.4.3.3. *Reformularea-clarificare*

De foarte multe ori, „povestea" pacientului este confuză, fără sens, neorganizată. Prin clarificare – tipul cel mai complex, dar şi cel mai dificil de reformulare – terapeutul evidenţiază şi returnează spre client sensul mesajului pe care acesta l-a emis. Mucchielli dă un bun exemplu de astfel de reformulare.

⇨ ***Exemplu*** :

C : Cumnatul meu este un tip literalmente plin de pretenţii. După el, numai persoana lui contează. Numai el are ceva de spus. Imediat ce apare, conversaţia este monopolizată de el. Pot să urez bună seara la toată lumea şi să plec.

T : Nodul problemei nu sunt atât aceste maniere..., cât faptul că ele, într-un fel sau altul, vă deranjează, ajung să vă elimine.

Reformularea favorizează un dialog autentic între doi actori sociali, dialog ce se desfăşoară într-un deplin respect faţă de punctul de vedere al celuilalt. Terapeutul trebuie să fie capabil să recunoască sentimentele sau semnificaţiile exprimate de client în cadrul unui discurs liber, fără constrângeri impuse de terapeut în ceea ce priveşte durata, tema dialogului etc. Ele sunt recunoscute şi acceptate ca exprimând un punct de vedere subiectiv, şi tocmai acest punct de vedere trebuie înţeles ; înţelegerea lui implică şi acceptarea responsabilităţii clientului referitoare la situaţia descrisă, concomitent cu păstrarea de către terapeut a unei atitudini

pozitive necondiţionate asupra acestuia, care se simte astfel înţeles şi neacuzat, neevaluat.

După această scurtă trecere în revistă a tehnicilor de reformulare putem rezuma astfel utilitatea lor (Mucchielli, 1994, p. 50). Deşi utilă, simpla reflectare este insuficientă; ea dovedeşte centrarea atenţiei asupra clientului şi este, în calitate de oglindă, o reflexie obiectivată. În măsura în care reformularea este corectă, clientul este obligat să se recunoască în această imagine ce-i este furnizată din exterior; acest fapt are un impact reflexiv şi-i dă sentimentul că este înţeles şi ascultat. Reformularea ca inversare a raportului figură-fond este, de fapt, o nouă formulare ce evidenţiază aspectele implicite ale mesajului; ea realizează un pas înainte faţă de tehnica precedentă, deoarece dă un nou sens aceloraşi fapte subiective şi păstrează clientul în centrul acestui nou sistem de semnificaţii. În sfârşit, reformularea-clarificare, cu ajutorul unui rezumat clar, coerent, extrage din discursul clientului aspectele experienţiale esenţiale pe care acesta le recunoaşte ca fundamentale pentru el, deşi nu le-a formulat niciodată ca atare.

3.4.4. *Reflectarea sentimentelor*

3.4.4.1. *Definiţie*

Dacă reformularea furnizează un feedback cu privire la conţinutul intelectiv al mesajului clientului, reflectarea sentimentelor îşi propune furnizarea unui feedback referitor la conţinutul afectiv explicit sau implicit al acestuia. „Reflectarea sentimentelor înseamnă o repetare sau o reformulare a afirmaţiilor clientului care accentuează sentimentele acestuia. Sentimentele pot fi numite de client (cu aceleaşi cuvinte sau cu cuvinte asemănătoare) sau consilierul le poate infera din conţinutul nonverbal al mesajului." (Hill şi O'Brien, 1994, p. 121)

În spatele cuvintelor şi al comportamentelor clientului se află emoţiile. Scopul reflectării este acela de a face aceste emoţii implicite, uneori ascunse, explicite şi clare pentru pacient. Favorizând identificarea, clarificarea şi exprimarea sentimentelor, terapeutul facilitează travaliul autoexplorativ al clientului, promovează capacitatea de autocontrol a acestuia, precum şi descărcarea cathartică a tensiunii afective.

3.4.4.2. *Funcţiile reflectării sentimentelor*

Reflectarea sentimentelor asigură :

a) *O mai bună înţelegere a clientului*. Sentimentele sunt cel puţin la fel de importante ca şi conţinutul semantic al mesajelor clienţilor. Cunoaşterea şi înţelegerea lor îl ajută pe terapeut să acceadă la cadrele de referinţă interne ale clienţilor, care dau sens tuturor comportamentelor acestora. Se vorbeşte deseori de o „logică afectivă" a comportamentelor, iar terapeutul trebuie să descifreze această „logică" dacă doreşte să ajungă la o înţelegere deplină a clientului său.

b) *Validarea şi „normalizarea" sentimentelor clientului*. Deseori, emoţiile şi sentimentele oamenilor sunt confuze, greu de definit, alteori sunt contradictorii, ambivalente. Încurajarea exprimării lor conduce la un proces de clarificare şi autoacceptare.
Reflectând sentimentele clientului, terapeutul le validează, le „normalizează". Întrebând pe cineva „Ce simţi în legătură cu... ? ", acesta ar putea fi neliniştit gândindu-se dacă simte ceea ce în „mod normal ar trebui" să simtă în situaţia respectivă. Spunându-i însă „Situaţia X pare să te fi supărat" facilităm exprimarea sentimentelor şi-l încurajăm pe client să se angajeze în explorarea lor.

c) *Modelarea exprimării sentimentelor*. Reflectarea sentimentelor de către terapeut poate, de asemenea, modela exprimarea acestora, mai ales în cazul pacienţilor ce nu au conştientizat suficient de bine ceea ce simt în legătură cu un anumit eveniment. Spunând, de pildă, „Mă întreb dacă în situaţia X ai trăit un sentiment de frustrare", terapeutul sugerează că frustrarea ar putea fi un sentiment normal în situaţia respectivă, fără însă a afirma că doar acest sentiment ar fi singura reacţie afectivă posibilă.

d) *Crearea unui climat securizant*. Numind sentimentele, terapeutul semnalează clientului că nu se teme de acestea, că îi sunt familiare şi că îl respectă, indiferent de ele. Reflectarea sentimentelor, mai ales într-o formă ipotetică („S-ar părea că aţi simţit..."), creează o atmosferă securizantă, de înţelegere, deoarece furnizează exemple de stări afective „normale", în timp ce întrebările directe privind trăirile afective ar putea provoca clientul să se îndoiască în legătură cu „normalitatea" lor.

e) *Stimularea autoexplorării afective.* Receptând reflectările terapeutului, clientul se poate angaja într-o reexaminare a trăirilor sale afective, întrebându-se dacă simte cu adevărat ceea ce a afirmat că simte sau ceea ce terapeutul crede că el simte.

f) *Participarea activă a terapeutului la actul terapeutic.* Reflectarea sentimentelor angajează terapeutul într-un proces activ, continuu de înțelegere a clientului. Dacă, după ce afirmă „Înțeleg ceea ce simți", terapeutul adaugă și mesaje ce reflectă sentimentele manifestate de client, atunci acesta va dezvolta convingerea că este cu adevărat ascultat și înțeles.

Contraindicații. Brammer și MacDonald (1996) consideră că încurajarea exprimării sentimentelor poate fi problematică atunci când clientul :

- are o tulburare emoțională severă, gândire delirantă sau anxietate extremă ;
- traversează crize emoționale severe și discutarea sentimentelor ar putea crește presiunea psihologică dincolo de limitele peste care el o poate controla ;
- a avut dificultăți majore privind controlul crizelor emoționale în trecut ;
- manifestă o rezistență puternică în exprimarea sentimentelor ;
- nu există suficient timp pentru a lucra asupra sentimentelor.

3.4.4.3. *Sursele reflectării sentimentelor*

Ce anume reflectă terapeutul ? Cum identifică acesta sentimentele pe care dorește să le reflecte ? Hill și O'Brien (1999) menționează patru surse importante ale reflectării sentimentelor :

a) *Exprimarea directă a sentimentelor de către client.* Deseori, clienții sunt conștienți de sentimentele lor și le exprimă deschis. De pildă, clientul poate spune : „Am fost cu adevărat supărat pe șeful meu. Nici nu a vrut să audă ce gândesc ! ". În această situație, terapeutul poate utiliza un sinonim (de exemplu, „furios") pentru a reflecta sentimentele clientului său ; nu există sinonime perfecte și, de aceea, utilizarea unui sinonim poate provoca clientul să exploreze și alte fațete ale sentimentului menționat inițial. Oricum, stările afective

sunt procese aflate într-o continuă schimbare, iar terapeutul trebuie să fie conştient de faptul că reflectarea sentimentelor într-un anumit moment al terapiei poate fi doar începutul intrării într-un proces experienţial.

b) *Conţinutul mesajelor verbale ale clientului*. Deseori, clientul verbalizează doar faptele, fără a face o referire explicită la reacţiile lui afective faţă de acestea. În această situaţie, reflectarea sentimentelor se realizează, de cele mai multe ori, cu ajutorul unor formule ipotetice : „Se pare că...", „Probabil ai simţit...", „Ceea ce-mi spui sună destul de trist ! " etc. Desigur, în general, oamenii se bucură când au succese, se întristează când pierd ceva sau se sperie în situaţii periculoase. Totuşi, nu putem şti exact care sunt reacţiile afective ale clientului pe care îl avem în faţa noastră ; pentru cineva, un examen poate fi o situaţie anxiogenă, iar pentru altcineva, o provocare. Tocmai de aceea terapeutul trebuie să formuleze reflectările sale într-o manieră ipotetică, fiind dispus să le schimbe în funcţie de feedback-ul primit din partea clientului său.

c) *Comportamentul nonverbal*. Se vorbeşte deseori despre „limbajul corpului" sau se spune despre ochi că sunt „oglinda sufletului". Tocmai de aceea un bun terapeut este înainte de toate un bun observator. Mimica, postura, gesturile clientului ne pot informa despre starea afectivă a acestuia. Şi în această situaţie, reflectarea se realizează cu ajutorul unor formulări ipotetice: „După gesturile tale, s-ar părea că nici acum nu ţi-a trecut supărarea despre care mi-ai vorbit".

d) *Proiectarea sentimentelor terapeutului*. Întrebându-se „Ce aş fi simţit dacă aş fi fost în situaţia clientului meu", terapeutul poate identifica într-o manieră ipotetică sentimentele posibile trăite de client. Capacitatea empatică a terapeutului are un rol important, totuşi acesta trebuie să fie permanent conştient de limitele acestei identificări parţiale cu clientul său, de faptul că sentimentele descoperite prin acest exerciţiu de imagerie mintală nu sunt decât posibilităţi, şi nu realitatea afectivă a clientului.

3.4.4.4. *Recomandări practice*

- identificaţi indicatorii (verbali şi nonverbali) ai stărilor afective importante ; nu uitaţi de limitele inferenţelor care utilizează astfel de indicatori ;

- dacă sunteţi începător în domeniul reflectării sentimentelor, utilizaţi formula: „Simţiţi... pentru că...", pentru a fi sigur că surprindeţi atât sentimentele, cât şi argumentele afirmaţiei dumneavoastră. Nu interpretaţi! Folosiţi ca argument doar ceea ce vă oferă clientul! Ulterior, puteţi utiliza doar formularea „Simţiţi...", fără a mai invoca argumente;
- reflectaţi sentimentele prezente mai degrabă decât pe cele trecute. Focalizarea pe sentimentele prezente stimulează pacientul să vorbească păstrând o anumită distanţă afectivă faţă de trecut. Astfel, în loc să spunem: „Te-ai simţit furios în situaţia X", putem spune: „Pari furios şi acum când îmi povesteşti despre situaţia X";
- fiţi conştienţi de aproximările pe care le implică formulările dumneavoastră. În cazul în care cuvintele dumneavoastră reflectă destul de apropiat ceea ce simte clientul, acesta vă va corecta şi vă va furniza informaţii suplimentare; dacă ceea ce spuneţi este mult prea departe de ceea ce simte clientul, atunci acesta se va simţi neînţeles şi relaţia terapeutică s-ar putea întrerupe;
- formulaţi reflectări scurte şi clare. Vorbind prea mult, există riscul de a face interpretări sau de a vorbi despre altceva decât despre ceea ce simte clientul;
- utilizaţi un ton empatic, neevaluativ;
- tonul utilizat să fie cel al unei propuneri sau sugestii, astfel încât clientul să poate respinge sau modifica formulările dumneavoastră;
- concentraţi-vă asupra clientului mai degrabă decât asupra altor persoane, chiar dacă acesta se focalizează asupra altor persoane (de exemplu: „Trăiţi un sentiment de furie în raport cu mama dumneavoastră", mai degrabă decât „Se pare că mama dumneavoastră era furioasă");
- în formularea reflectărilor utilizaţi formule variate: „Ceea ce spuneţi sună ca şi cum v-aţi simţi...", „Probabil simţiţi...", „Mă întreb dacă simţiţi...", „...Şi aceasta v-a făcut să vă simţiţi..." etc.;
- utilizaţi, pentru descrierea sentimentelor, un vocabular variat şi pe înţelesul clientului;
- dacă pacientul începe să plângă, nu vă neliniştiţi. Aşteptaţi câteva minute permiţându-i să se descarce, apoi reflectaţi-i sentimentele pe un ton empatic, ajutându-l să verbalizeze ceea ce simte. Deseori, mă adresez pacienţilor mei astfel: „Plânsul este un act intim. Pentru

mine este o favoare să-mi permiteţi să asist la această exprimare a sentimentelor dumneavoastră...” ;

- dacă reflectaţi într-o manieră inadecvată sentimentele clientului sau dacă el nu răspunde aşa cum vă aşteptaţi la formularea dumneavoastră, nu vă cereţi scuze, ci, mai degrabă, solicitaţi-i informaţii suplimentare pentru a înţelege mai bine ce simte el cu adevărat (Hill şi O'Brien, 1999).

3.5. Schema generală a abilităţilor necesare conducerii unui interviu nondirectiv

Analizând problemele specifice pe care le au consilierii/terapeuţii debutanţi (şi nu numai), putem face o foarte utilă trecere în revistă a principalelor abilităţi ce trebuie puse în act cu ocazia realizării unui interviu nondirectiv într-o relaţie de ajutor. Prezentăm pe scurt aceste abilităţi :

1. *Introducerea* – primele câteva minute ale interviului în care întâlneşti clientul şi iniţiezi conversaţia şi relaţia de ajutor.

a) *Abilităţi* :

Trebuie să :

- te prezinţi (numele) ;
- afli numele clientului ;
- indici scopurile şi obiectivele interviului ;
- faci clientul să se simtă confortabil prin punerea în act a abilităţilor anterioare într-o manieră relaxată, prietenească ;
- propui un mod deschis de a vorbi.

b) *Greşeli* :

Absenţa oricăreia dintre abilităţile de mai sus.

2. *Aşteptarea* – comportamentul nonverbal şi verbal care suscită interesul şi atenţia clientului.

a) *Abilităţi* :

- pauză de 2 până la 5 secunde se interpune între sfârşitul unei intervenţii a clientului şi începutul unei intervenţii a consilierului ;

- pauza urmează după o intervenţie a consilierului, dând posibilitate clientului de a avea suficient timp pentru a-şi formula confortabil răspunsurile – în general, de la 3 la 5 secunde ;
- consilierul foloseşte o varietate de procedee verbale ce încurajează, dar nu cer clientului să continue să vorbească şi nu implică acordul sau judecarea/evaluarea celor spuse ;
- consilierul foloseşte o varietate întreagă de procedee nonverbale ;
- consilierul menţine un contact vizual adecvat ;
- consilierul are o voce clară, inteligibilă.

b) *Greşeli* :

- consilierul întrerupe conversaţia cu clientul ;
- nu există nici o pauză între intervenţiile clientului şi cele ale consilierului ;
- pauza de 5 secunde sau mai lungă, apărută în orice moment al interviului, provoacă anxietăţi inutile sau disconfort ;
- consilierul nu încurajează clientul să vorbească ;
- procedeele folosite de consilier în mod neadecvat – fie ele verbale sau nonverbale – întrerup intervenţia clientului. Propoziţiile plate sau neterminate sunt exemple de procedee verbale inadecvate. Privirea fixă, lipsa contactului vizual, neastâmpărul sunt exemple de procedee nonverbale inadecvate.

3. *Întrebările* – o sondare al cărei scop este de a dobândi sau clarifica informaţii.

a) *Abilităţi* :

- majoritatea întrebărilor exploratorii sunt deschise ;
- se pune doar o singură întrebare o dată ;
- întrebările sunt clare şi succinte ;
- întrebările conţin cuvinte care sunt în vocabularul clienţilor ;
- întrebările închise sunt diseminate printre cele deschise pentru dobândirea de informaţii specifice.

b) *Greşeli* :

- se pun două întrebări deodată ;
- întrebarea este o afirmaţie deghizată ;
- sunt puse trei întrebări închise la rând ;
- întrebarea este neclară.

4. *Urmărirea verbală* – un răspuns al consilierului la o intervenţie a clientului care este direct legată de ceea ce tocmai a fost spus.

a) *Abilităţi* :

Consilierul trebuie :

- să răspundă printr-o parafrazare a conţinutului sau o reflectare a sentimentelor ;
- să specifice deschis/clar schimbarea bruscă a subiectului (introducerea unui subiect nou în discuţie) ;
- să coreleze materialul vechi de cel nou atunci când introduce un subiect nou în discuţie ;

sau

- să ceară clientului să continue discuţia folosind încurajările deschise precum : „Spune-mi mai multe despre...” sau „Ce s-a întâmplat ?”.

b) *Greşeli* :

Consilierul :

- introduce un nou subiect de discuţie fără să specifice deschis acest lucru sau fără să-l coreleze cu materialul anterior ;
- schimbă subiectul de la tema centrală la una periferică.

5. *Căutarea concreteţei* – încercarea de a dobândi informaţii mai detaliate, mai specifice, legate de persoana respectivă.

a) *Abilităţi* :

Consilierul :

- caută informaţiile detaliate, folosind întrebările : „Cum ?”, „Ce ?”, „Unde ?” şi „Cât de des ?” ;
- aduce discuţia abstractă, filosofică, la dimensiuni mai concrete, mai relevante pentru persoana în cauză.

b) *Greşeli* :

- se permite clientului să vorbească despre un subiect relevant într-o manieră impersonală ;
- detaliile relevante nu sunt urmărite ;
- se permite ca exprimarea clientului să rămână vagă, abstractă.

6. *Raţionament neevaluativ* – un răspuns al consilierului, fără nici o componentă evaluativă.

a) *Abilităţi* :
Consilierul :
- răspunde la verbalizările clientului prin întrebări sau afirmaţii desemnate să exploreze sensul comportamentului sau al evenimentelor ;
- foloseşte confruntarea pentru a indica discrepanţele dintre sentimentele sau percepţiile clientului şi cele ale consilierului.

b) *Greşeli* :
Consilierul :
- enunţă o judecată morală negativă sau critică verbalizările clientului. De exemplu, consilierul poate ameninţa, preveni, dojeni, dăscăli, minimaliza ;
- sfătuieşte direct clientul ce să facă sau oferă o soluţie, fără o explorare extensivă a problemei.

7. *Reflectarea sentimentelor* – abilitatea consilierului de a fi sensibil şi de a transpune în cuvinte experienţa subiectivă a clientului.

a) *Abilităţi* :
Consilierul :
- reflectă sentimentele pe care clientul încă nu le-a identificat ;
- reflectă cu acurateţe intensitatea sentimentelor ;
- identifică stimulii din mediu ce provoacă/determină sentimentele ;
- reflectă sentimentele subînţelese ce transpar în urma afirmaţiilor făcute de client.

b) *Greşeli* :
Consilierul :
- ignoră sentimentele ;
- etichetează/numeşte/identifică greşit sentimentele ;
- etichetează/numeşte/identifică greşit intensitatea sentimentelor ;

sau
- se angajează în rezolvarea problemei fără identificarea sentimentelor.

8. *Implicarea* – cât timp vorbeşte consilierul sau clientul.

a) *Abilităţi* : – clientul vorbeşte majoritatea timpului.

b) *Greşeli* : – consilierul vorbeşte majoritatea timpului.

Capitolul 4

Terapia centrată pe obiective şi soluţii

În mod tradiţional, terapia s-a orientat îndeosebi asupra trecutului, căutând în copilăria clientului originea simptomelor/problemelor sale actuale. După 1960, o dată cu dezvoltarea terapiei comportamentale, a terapiei gestaltiste şi a terapiei familiale etc., centrul atenţiei terapeuţilor a devenit prezentul „aici şi acum". Se consideră din ce în ce mai evident că angajarea într-un travaliu de „arheologie psihologică" face din psihoterapie un proces lung, costisitor, speculativ şi cu rezultate incerte.

Astăzi, terapia este pe cale să-şi schimbe ţinta temporală a analizei şi a intervenţiei, trecând de la focalizarea asupra prezentului la centrarea pe *viitor*. Această orientare nu se interesează de felul în care au apărut simptomele, nici chiar de factorii ce întreţin aceste simptome, ci se centrează îndeosebi asupra mijloacelor de rezolvare a acestora, pe obiective şi soluţii.

Terapia centrată pe soluţii şi pe viitor îşi are originile în lucrările lui Milton Erickson, echipa terapeutică a Institutului de Cercetări Mintale (Mental Research Institute – „MRI") de la Palo Alto şi echipa Centrului de Terapie Familială Scurtă (Brief Family Therapy Center), condusă de Steve de Shazer.

4.1. Principiile fundamentale ale terapiei centrate pe soluţie

Până în prezent, majoritatea terapeuţilor au dezvoltat diverse modele de intervenţie, pornind de la anumite principii sau întrebări iniţiale. Cea mai frecventă întrebare care a generat modele terapeutice a fost „Care

este cauza problemei ? ". Punându-şi această întrebare, terapeuţii afirmă implicit că există o problemă bine definită şi o cauză a ei care poate fi descoperită şi descrisă. De asemenea, această întrebare este justificată şi de credinţa că există o relaţie între cauză şi rezolvarea problemei, respectiv înlăturarea cauzei conduce la rezolvarea problemei.

Există multe demersuri terapeutice care au la bază identificarea cauzelor : psihanaliza, behaviorismul, modelul psihiatric (ce afirmă existenţa unor cauze organice) etc. Este surprinzător să constaţi că, pentru aceeaşi problemă, fiecare „descoperă" alte cauze !

În ultima vreme s-a pus o nouă întrebare : „Cum construim soluţiile ? ". Supoziţiile acestei întrebări sunt (Walter, Peller) :

- că există soluţii ;
- că există mai mult decât o singură soluţie ;
- că soluţiile sunt construibile ;
- că *noi* (terapeut şi client) putem face construcţia ;
- că noi *construim* şi/sau *inventăm* soluţii, mai degrabă decât le descoperim.

Terapia centrată pe soluţie oferă un model coerent care ne permite să răspundem eficient la întrebarea „Cum construim soluţiile ? ". Acest demers cuprinde, în linii mari, trei etape importante :

1. Definirea mai degrabă a ceea ce vrea clientul, decât a ceea ce nu vrea.
2. Identificarea a ceea ce merge bine, funcţionează, şi dezvoltarea de comportamente orientate în această direcţie.
3. Dacă ceea ce face clientul nu conduce la soluţie, atunci trebuie făcut altceva.

Deşi simplă, la prima vedere, punerea în act a acestor etape nu este întotdeauna uşoară deoarece :

- de cele mai multe ori, pacientul se prezintă la terapie cu plângeri şi acuze care exprimă ceea ce *nu vrea* să i se mai întâmple mai degrabă decât ceea ce vrea ;
- investigaţia clinică cu scop diagnostic îşi propune, în mod tradiţional, să evidenţieze „mecanismele psihopatologice", aspectele slabe, insuficienţa şi neputinţa clientului ; educat în spiritul abordării medicale, conform căreia doar o bună cunoaştere a problemei poate conduce la

o soluţie eficientă, chiar pacientul va avea tendinţa să-şi centreze discursul pe problemele lui, ignorând ceea ce merge şi funcţionează bine ;
- oamenii devin uşor prizonierii „soluţiilor care menţin problema" (Watzlawick), ce au la bază principiul multiplicării – a face mai mult din acelaşi lucru. E greu să facem ceva diferit când auzim mereu în jurul nostru : „Dacă nu ţi-a reuşit prima dată, încearcă, încearcă din nou, perseverează ! ". „Această conduită îşi are originea, spune P. Watzlawick, în credinţa stupidă că prima idee privind soluţia care ne vine în minte este şi cea mai bună ; dacă nu am reuşit, de vină este doar lipsa de efort, de implicare sau de aplicare corectă a soluţiei ! "

Centrarea pe problemă, pe lipsuri şi puncte slabe – întrucât evidenţiază doar ceea ce nu merge şi nu funcţionează –, nu ne spune nimic sau aproape nimic despre soluţie, în timp ce focalizarea pe soluţie înseamnă focalizarea pe *resurse*. De aceea, mulţi terapeuţi care au adoptat modelul centrării pe soluţie afirmă că informarea despre problemă nu este necesară şi că, de fapt, ea poate fi eliminată în multe cazuri.

Practicarea terapiei şi consilierii centrate pe soluţie presupune abandonarea vechilor credinţe cultivate de terapiile centrate pe problemă, dezvoltarea unei noi „filosofii" despre oameni şi problemele lor şi abordarea lor în spiritul unor noi principii. Vom analiza, în continuare, cele mai importante dintre principiile acestui demers terapeutic.

1. *Centrarea pozitivă, pe soluţie şi pe viitor, facilitează schimbarea în direcţia dorită*. Clientul vine la consilier (terapeut) într-un moment dificil al existenţei sale. Decizia de a apela la un specialist pentru rezolvarea problemelor sale nu a fost una uşoară : mai întâi, persoana din faţa noastră a recunoscut că are o problemă, apoi, după un număr de încercări nereuşite, a recunoscut că pentru rezolvarea problemelor sale este nevoie să apeleze la un specialist. Acest fapt trebuie subliniat în faţa clientului : prezenţa la terapie implică curaj, sinceritate, capacitate de autoreflecţie, refuzul de a accepta pasiv greutăţile şi dificultăţile vieţii. Scott Peck afirma că pacienţii nu sunt persoane slabe, „în căutarea unui tutore exterior", ci „oameni care au decis să-şi ia în serios destinul, oameni hotărâţi să ducă o viaţă mai bună" (P. Traube, 2001, p. 16).

Centrarea pe problemă prezintă riscul amplificării şi al perenizării problemei. Povestindu-şi toate insuccesele, dificultăţile şi renunţările sale, pacientul îşi alimentează o imagine negativă de sine, îşi diminuează sentimentul respectului de sine şi capacitatea de autocontrol. Fiecare dintre noi trăieşte nevoia unei imagini pozitive de sine în tranzacţiile cu ceilalţi (C. Rogers). Imaginaţi-vă deci ce simte un pacient când terapeutul îi cere să povestească în detaliu toate insuccesele şi neputinţele lui! Relaţia terapeutică devine puternic asimetrică, clientul „anormal" plasându-se într-o poziţie pasivă, de subordonare, în faţa terapeutului „expert" în problemele celorlalţi! Explicaţiile şi interpretările terapeutului riscă să perenizeze problema, deoarece stabilesc o relaţie necesară între mecanismele psihopatologice evidenţiate şi problemele prezente ale clientului, prezentul problematic fiind efectul necesar al unui trecut ce nu mai poate fi schimbat.

Dacă se adoptă modelul centrării pe soluţie, interviul terapeutic va evidenţia resursele clientului, succesele lui, ceea ce merge bine şi funcţionează corespunzător în toată activitatea sa.

Povestindu-şi succesele, clientul dezvoltă imagini şi emoţii pozitive, iar comportamentul lui devine din ce în ce mai evident influenţat de acest univers interior pozitiv. Când, în discursul clientului referitor la viitorul lui, verbele trec de la conjunctiv şi condiţional la indicativ, este evident că el vorbeşte din interiorul acestui univers pozitiv despre soluţionarea problemei (se trece de la „intenţionez să fac", „aş face" la „voi face"!).

De fapt, soluţia problemei nu este altceva decât extensia ariei de manifestare a strategiilor de succes pe care clientul le-a utilizat deja. Puneţi, de exemplu, un elev cu probleme la matematică să vă povestească cum reuşeşte să obţină succese la orice alt obiect de studiu şi veţi identifica, iar el va conştientiza ce strategie de succes trebuie să utilizeze pentru rezolvarea problemelor sale.

Centrarea pe aspectele pozitive face din client un partener, favorizează dezvoltarea unei relaţii terapeutice de tip colaborativ.

Imaginaţi-vă că părinţii ne povestesc despre problemele copilului în prezenţa acestuia. De cele mai multe ori, copiii sunt aduşi la consilier (terapeut) ca „vinovaţi", iar cuvintele cu care sunt descrise problemele acestora micşorează dramatic probabilitatea stabilirii unei bune relaţii terapeutice. În astfel de situaţii, întrerup discursul părinţilor şi-i rog

să-mi povestească despre succesele copilului, ce face el bine, care sunt pasiunile şi interesele lui. În primele momente, copilul rămâne surprins, apoi, pe măsură ce aude din gura părinţilor cuvintele care-i descriu succesele, îşi schimbă poziţia pe scaun şi mă priveşte altfel. De cele mai multe ori, copilul continuă spontan lista succeselor lui. Evident, am stabilit deja o relaţie de parteneriat. Ulterior, în cadrul unei convorbiri individuale doar cu copilul, realizez o recadrare a situaţiei, spunându-i : „Ce crezi că-i îngrijorează cel mai mult pe părinţii tăi în legătură cu tine ? ", „Cum altfel te-ai putea comporta pentru ca îngrijorarea lor să se diminueze ? ".

2. *Excepţiile sugerează soluţii*. Excepţiile de la fiecare problemă sunt expresia resurselor conştiente sau inconştiente ale pacientului. Sarcina principală a terapeutului este aceea de a identifica sau de a crea împreună cu clientul excepţii de la problema acestuia. Încercând să-şi rezolve problemele, oamenii se centrează asupra lor şi sunt incapabili să sesizeze momentele în care acestea nu se manifestă. Este ca atunci când priveşti un obiect de la o foarte mică distanţă, obiectul ocupând astfel întregul ecran vizual. De aceea, unii pacienţi ar putea fi surprinşi de întrebarea : „Există momente când problema ta nu se manifestă ? ". Clienţilor care fac afirmaţii categorice privind permanenţa problemei le pun întrebări surprinzătoare cu scopul de a-i orienta spre identificarea excepţiilor.

⇨ *Exemplu* :

C : – Mă cert tot timpul cu soţia !
T : – Şi când dormi ?
C : – Evident, nu !
T : – Dar când eşti la serviciu ?
C : – Nu, avem locuri diferite de muncă.
T : – Dar când mâncaţi ?
C : – Nu !...

Astfel, se poate constata că, de fapt, „tot timpul" nu înseamnă altceva decât câteva episoade conflictuale într-o săptămână.

Problema este redusă în acest mod la dimensiuni care dau clientului speranţa controlului lor şi, pe de altă parte, excepţiile de la problemă

sugerează soluţii deoarece, în linii mari, obiectivul terapiei este de a maximiza excepţiile de la problemă. Descoperirea, provocarea şi construirea „excepţiilor" este un proces colaborativ, dezvoltat între client şi terapeut. Prin provocarea excepţiilor de la problemă şi încurajarea manifestării acestora din ce în ce mai frecvent, terapeutul activează resursele clientului şi-i dezvoltă sentimentul de autocontrol în raport cu ceea ce iniţial părea o problemă insurmontabilă.

Walter şi Peller (1992) fac o distincţie între *excepţiile deliberate* şi *excepţiile spontane*:

Excepţiile deliberate se manifestă când oamenii fac ceva care în mod evident influenţează problema, în sensul atenuării sau al eliminării ei pe termen scurt, iar acel ceva este reproductibil. Ceea ce ei au făcut sau au încetat să facă a fost un „experiment" ce a modificat situaţia problematică în sens pozitiv şi merită să fie încercat din nou. Clienţii ce provoacă aceste excepţii deliberate se află în situaţia în care, după cum spun Peller şi Walter, se găsesc deja în posesia soluţiei, dar vin la terapeut pentru a cere permisiunea să o folosească. Desigur, pacienţii nu trebuie să repete mecanic ceea ce a fost util la un moment dat; împrejurările se pot schimba, iar repetiţia „soluţiei" iniţiale poate fi sursa problemelor.

Excepţiile spontane sunt acele ocazii în care, din motive inexplicabile sau aflate în afara controlului conştient al clientului, problema nu se mai manifestă sau se manifestă cu intensitate scăzută. Clientul simte că aceste momente nu sunt în legătură cu ceea ce a făcut el sau crede că ele se datorează unor circumstanţe ce nu pot fi repetate. El este chiar surprins de apariţia unor astfel de excepţii. Excepţiile spontane sunt utile în strategia terapeutică deoarece, prin conştientizarea şi clarificarea mecanismelor producerii lor, se ajunge la formularea unor obiective terapeutice utile.

Istoria pacientului, aşa cum o expune el terapeutului, este „povestea sa" (*history = his story*). Pacientul vine la terapeut cu o „poveste" centrată pe problemă. Prin încurajarea lui, într-un proces de supraelaborare a poveştii centrate pe problemă, pacientul începe să se simtă din ce în ce mai neajutorat, se identifică el însuşi cu problema şi devine progresiv mai dependent de ceea ce terapeutul face pentru el. În terapia centrată pe soluţie, terapeutul facilitează generarea unor „poveşti alternative", centrate pe soluţii şi resurse, fapt ce orientează persoana spre

afirmarea unei noi identităţi. Procesul este similar cu perceperea imaginilor duble, instabile, în care figura şi fondul devin reversibile, în funcţie de felul în care le priveşti ; la fel, metaforic vorbind, povestea clientului se referă iniţial doar la o parte a imaginii. Noi îl provocăm să vadă ambele părţi ale imaginii, să-şi completeze povestea cu partea ce se referă la resurse !

3. *Schimbarea se manifestă tot timpul.* Nimic nu este întotdeauna la fel, lucrurile şi oamenii se schimbă mereu. Heraclit a evidenţiat acest fapt cu multe secole înainte : „Totul curge ; nu poţi face baie de două ori în aceeaşi apă a râului". Dacă schimbarea este permanentă, atunci ea este inevitabilă ! Şi orice schimbare poate oferi ocazia rezolvării problemei. Utilizez frecvent cu pacienţii mei metafora uşii : „Mai uşor deschizi o uşă care se balansează înainte-înapoi decât una aflată într-un moment de imobilitate ; este suficient să prinzi momentul în care ea se balansează în direcţia care te interesează pentru ca să o deschizi larg, împingând-o fără un efort prea mare".

În acest context, putem spune că sarcina terapeutului este aceea de a-l orienta pe client să sesizeze schimbările pozitive, să le maximizeze sau, utilizând prescripţii adecvate, să-l provoace pe client la noi schimbări comportamentale. Dacă trecutul problematic al pacientului nu mai poate fi schimbat, viitorul are un grad suficient de nedeterminare, pentru a oferi multiple căi de a-l construi. De aceea, *orice* schimbare poate fi utilizată pentru construirea unor noi aşteptări privind viitorul nonproblematic, aşteptări care vor avea tendinţa să se transforme în predicţii ce se autoîmplinesc. La limită, am putea spune că nu contează dacă după prima şedinţă de terapie pacientul se simte mai bine sau mai rău, important este să se simtă *altfel* decât înainte de a veni la terapeut : „Orice schimbare poate deveni parte a construcţiei unui nou set de aşteptări, ce va fi parte a procesului creării soluţiei" (De Shazer, 1985, p. 77). Dacă schimbarea este pozitivă, atunci evident clientul va avea certitudinea unei terapii de succes ; dacă schimbarea este negativă, atunci ea poate fi resemnificată în sens pozitiv : „Deseori, pentru a face un salt mare înainte, trebuie să facem câţiva paşi înapoi".

Schimbările ce apar după iniţierea terapiei sunt semnul indubitabil că terapia conţine un „principiu activ". Întrucât schimbarea este inevitabilă („...terapeutul *nu poate să nu influenţeze* procesul schimbării,

deoarece observatorul influenţează pe cel observat...", De Shazer, 1985, p. 69), sarcina terapeutului este aceea de a modela schimbarea în direcţia dorită. Scriind aceste rânduri mi-am amintit de afirmaţiile făcute pe un post de radio de un „specialist în medicină neconvenţională" cu câţiva ani în urmă. Acesta afirma că multe dintre problemele pacienţilor lui se datorau faptului că dormeau într-un pat care nu era orientat conform „vectorilor energiei terestre". De cele mai multe ori, verificările la domiciliu confirmau această ipoteză şi, într-o anumită perioadă de timp, după ce schimbau poziţia patului conform indicaţiilor, mulţi dintre ei se simţeau mai bine. Desigur că nu contest faptul că mulţi începeau să se simtă mai bine. Nimeni nu poate contesta faptele, dar putem să ne îndoim de explicaţiile ce le fundamentează. Evident, după schimbarea poziţiei patului, cei mai mulţi dintre pacienţi aveau două posibilităţi: să doarmă mai bine şi atunci confirmau ipoteza „specialistului" sau să doarmă mai prost şi iar confirmau ipoteza lui; el le explica faptul că trebuie să treacă un anumit timp până când modificările induse de poziţia anterioară, greşită, a patului vor dispărea sub influenţa corectivă a energiei terestre bine orientate!

Din nefericire, etichetele diagnostice utilizate în psihiatrie oferă o imagine statică asupra problemelor pacientului, afectează imaginea de sine a acestuia şi blochează valorificarea resurselor existente. Un bolnav „depresiv" *nu este întotdeauna depresiv*, are momente în care comportamentul său este normal, adecvat situaţiei, sau când depresia sa este pe deplin justificată de evenimentele trăite. Or, eticheta diagnostică împiedică şi pe pacient, şi pe terapeut să sesizeze acest fapt şi prescrie ambilor roluri care perpetuează simptomul. Echipa terapeutică de la Milano (Palazzoli, Cecchin, Boscolo, Prata), sesizând acest aspect, propune înlocuirea afirmaţiei „este depresiv"/„sunt depresiv" cu expresia „se comportă *ca* un depresiv". Înlocuirea lui „a fi" cu verbe precum „arată", „pare", „devine" şi „se comportă ca şi cum" promovează credinţa (speranţa) că aceste comportamente sunt temporare şi supuse schimbării (Walter şi Peller, 1992).

4. *Schimbarea mică duce la schimbări mai mari*. Acest principiu se află în strânsă relaţie cu principiul permanenţei schimbării. În faţa unui pacient „multidisfuncţional", „complex" etc., mulţi terapeuţi formulează cu prudenţă un prognostic pozitiv, gândindu-se la volumul deosebit

de muncă ce trebuie investit, la dificultatea găsirii unei soluţii la fel de complexe, pe măsura problemei etc. Nici pacienţii nu au prea multe speranţe dacă li se comunică faptul că obiectivul terapiei este rezolvarea *tuturor* problemelor lor.

Afirmaţia „schimbarea mică duce la schimbări mai mari" stă la baza strategiei de împărţire a problemelor mari în probleme mai mici şi de abordare a lor separat şi succesiv. Schimbarea terapeutică este astfel divizată în paşi mici, controlabili. Rosenbaum, Hoyt şi Talmon (1990) evidenţiază trei avantaje ale acestei abordări :

a) Diminuează presiunea exercitată de obiectivele prea mari asupra terapeutului şi clientului. A încerca din greu, a face eforturi prea intense s-ar putea dovedi a fi sursa unor probleme. Există situaţii în care este mai înţelept să faci mai puţin decât mai mult.
b) Clientul se angajează cu o mai mare probabilitate în realizarea unei schimbări mici decât în realizarea unei schimbări mari. Există întotdeauna excepţii de la aceasta şi, de aceea, terapeutul trebuie să fie pregătit să răspundă adecvat pacienţilor, care sunt pregătiţi pentru o schimbare rapidă şi radicală.
c) Orice schimbare, chiar mică, poate alimenta speranţa şi credinţa în capacitatea de autocontrol. Stimularea speranţei şi a încrederii este un element important al terapiei scurte. Clienţii ce se simt depăşiţi de problemele lor şi indecişi în legătură cu schimbarea trăiesc deseori începutul terapiei într-o manieră descurajantă. Terapia centrată pe soluţie îşi propune să găsească aspecte mici, dar semnificative, pentru iniţierea schimbării terapeutice.

5. *Cooperarea este inevitabilă – nu există eşec, există feedback.* Terapia centrată pe soluţie subliniază caracterul colaborativ al relaţiei terapeutice în care „clientul este expertul" (De Shazer, 1985 ; Walter şi Peller, 1992 etc.). Încercarea terapeutului tradiţional de a construi o soluţie la problema pacientului, fără a ţine seama de aşteptările acestuia, ne aduce în minte vechiul proverb conform căruia „Drumul spre iad este pavat numai cu intenţii bune". Terapeutul „expert", singurul posesor al „adevărului" ştiinţific în domeniul problemelor celorlalţi, devine uşor prizonierul imaginii *proprii* despre soluţie, incapabil să observe ce aşteaptă celălalt de la el. În acest context, „rezistenţa" pacientului, interpretată ca incapacitate de schimbare, refugiu în boală, determinat

de beneficiile secundare ale bolii, trebuie considerată mai degrabă o metaforă ce-şi evidenţiază sensurile în cadrul de referinţă creat de teoria expectaţiei: „Trebuie ţinut minte că rezistenţa este doar o metaforă ce descrie anumite comportamente în contextul terapiei şi că alte metafore pot fi mult mai utile. Rezistenţa nu este ceva concret. Relaţia dintre conceptul de rezistenţă şi conceptul cooperării poate fi văzută astfel: dacă terapeutul *alege* să considere comportamentul clienţilor ca rezistenţă, atunci încercările lor de a coopera nu pot fi văzute, din moment ce fiecare perspectivă o exclude pe cealaltă; dacă terapeutul este orientat spre un comportament cooperativ, atunci el nu va fi capabil să vadă rezistenţa" (De Shazer, 1985, pp. 72-73). Situaţia este similară celei create de percepţia figurilor duble: aceeaşi realitate ne oferă imagini diferite, în funcţie de aşteptări şi perspective.

Credem că pacientul iniţiază terapia dorind să se schimbe. Dacă o soluţie nu merge, nu pacientul este rezistent; mai probabil, terapeutul nu a găsit *încă* direcţia schimbării aşteptate de pacient. Această idee este bine surprinsă de Walter şi Peller: „Nu există eşec, există doar feedback" (1992, p. 40). Dacă suntem pregătiţi să receptăm comportamentul verbal şi nonverbal al clientului, atunci vom avea toate informaţiile necesare construcţiei soluţiei pe care el o aşteaptă.

6. *Oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor*. Terapia ericksoniană subliniază ideea că fiecare persoană are resursele şi aptitudinile necesare rezolvării problemelor sale. Adoptând o perspectivă paradoxală, M. Erickson spunea deseori pacienţilor săi în timpul transei: „Există lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că le ştiţi. Când veţi şti ceea ce nu ştiţi că ştiţi, atunci vă veţi schimba". Acest tip de formulare provoacă pacientul să caute în el însuşi resursele necesare schimbării aşteptate. Schimbarea terapeutică este, din această perspectivă, o extensie a ceea ce pacientul ştia deja. „Terapeutul – spune J. Zeig – porneşte de la principiul că pacientul, în istoria sa, a făcut dovada unei funcţionări adecvate şi eficiente. Prin urmare, terapeutul nu trebuie să-şi propună să înveţe pacientul cum să se comporte adecvat. Mai degrabă, munca terapeutului este aceea de a ajuta pacientul să-şi deblocheze istoria constructivă adormită. Terapia devine procesul de stimulare a resurselor existente – resurse care au rămas mult timp închise" (Zeig, 2000, p. 144).

Perspectiva medicală, precum şi cea a psihoterapiei centrate pe problemă evidenţiază aspectele patologice, insuficienţele şi disfuncţiile responsabile de apariţia problemei. Diagnosticul clinic ce rezumă cauzele problemei influenţează prognosticul – cu cât mai sever este diagnosticul, cu atât mai rezervate sunt aşteptările terapeuţilor şi ale clienţilor lor privind o posibilă evoluţie favorabilă a acestora din urmă. Centrarea pe aspectele patologice prezintă riscul patologizării unor comportamente normale şi al iatrogeniei. Studiul lui D. Rosenhan, „Être sain dans un environnement malade", evidenţiază bine acest proces. Aşteptările negative ale terapeuţilor şi pacienţilor au tendinţa de a se transforma în predicţii ce se autoîmplinesc. Această idee, exprimată plastic de zicala „De ce ţi-e teamă nu scapi", a fost confirmată de studii de referinţă în domeniul psihologiei (Rosenthal, 1967 ; Barber şi Silver, 1968 etc.). În aceeaşi măsură, aşteptările pozitive vor iniţia un ciclu al schimbării în direcţia dorită. Întâmplarea povestită de G. Allport ilustrează foarte bine acest fapt : „Într-un spital provincial din Austria, un bărbat zăcea grav bolnav – era practic pe patul de moarte. Echipa medicală i-a spus acestuia, direct, că ei nu pot diagnostica boala, dar că, în cazul în care ar cunoaşte diagnosticul, ar putea, probabil, să-l vindece. În continuare, i-au spus că un diagnostician faimos va vizita curând spitalul şi că, probabil, el va reuşi să-i pună diagnosticul corect. După câteva zile, diagnosticianul a sosit şi a început consultaţia bolnavilor. Ajuns la patul bărbatului respectiv, abia privindu-l, a murmurat : «Moribundus» şi a plecat.

Câţiva ani mai târziu, pacientul l-a sunat pe diagnostician şi i-a spus : «Doresc să vă mulţumesc pentru diagnostic. Cei din spital mi-au spus că, dacă dvs. îmi veţi pune un diagnostic, mă voi face bine şi, din momentul în care aţi spus : 'Moribundus', am ştiut că mă voi însănătoşi»" (*cf.* Watzlawick, 1990, p. 56).

Ideea că oamenii au tot ce le trebuie pentru a-şi rezolva problemele o întâlnim şi în zicala : „Fiecare om are probleme pe măsura lui". Dar, dacă oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor, de ce mai vin atunci la terapeut ? ! Trebuie să spunem, mai întâi, că toţi oamenii au probleme, că viaţa însăşi este o problemă ! Viaţa are sens doar în măsura în care zilele se scurg una după alta, apropiindu-ne de un obiectiv plasat în viitor. Dar a avea un obiectiv în viitor înseamnă a crea o problemă în prezent – problema atingerii obiectivului. Prezentându-i clientului situaţia sa ca făcând parte din dificultăţile obişnuite

ale vieţii de zi cu zi –, şi nu ca problemă psihologică sau psihopatologică –, realizăm ceea ce frecvent se numeşte „normalizare”, „depatologizare”.

Deşi toţi oamenii au probleme, la terapeut se prezintă doar cei care nu şi le rezolvă într-un timp rezonabil. În ciuda resurselor existente, aceştia nu-şi rezolvă problemele cel puţin din două motive :

- oamenii nu formulează corect problema. În acest caz, scopul terapiei este de a-l ajuta pe client să dezvolte alternative la formularea iniţială a problemei cu care s-a prezentat la terapeut. Şi se ştie : „O problemă bine formulată este pe jumătate rezolvată ! ” ;
- oamenii devin deseori prizonierii unei singure imagini privind soluţia : „Problema X se rezolvă numai aşa ! ”. Sarcina terapeutului va fi, de această dată, stimularea clientului să dezvolte alternative la formularea iniţială a soluţiei. Dacă în matematică o problemă are mai multe soluţii, cu atât mai mult acest lucru se întâmplă în viaţă ! Imaginaţi-vă un copil care învaţă că, pentru a-l obţine pe opt, are nevoie de doi de patru. Dacă rămâne în acest stadiu, în situaţia când are oricare alte cifre, dar nu doi de patru, el se va confrunta cu o problemă extrem de dificilă. Abia mai târziu, când copilul va învăţa că îl poate obţine pe opt dintr-o infinitate de combinaţii de cifre şi operaţii, putem spune că ştie cu adevărat matematică ! La fel şi în viaţă – experienţa se exprimă prin capacitatea de a dezvolta alternative. După cum observăm, sarcina terapiei este aceea de a crea un cadru care să-l stimuleze pe client să dezvolte formulări alternative, fie în raport cu problema, fie în raport cu soluţia. Aceste alternative îi vor permite să descopere sau să utilizeze mai eficient resursele de care dispune.

Pentru a ilustra această idee, putem propune un exemplu simplu : dacă un părinte etichetează comportamentul copilului cu termenii *obrăznicie*, *neascultare*, atunci soluţia pe care o va utiliza va fi pedeapsa ; dacă formulează altfel problemele copilului – ca „trăiri adolescentine”, „tulburări de creştere” etc. –, atunci, evident soluţia va fi alta.

4.2. Caracteristicile unui scop bine definit

„Când nu ştim în ce port dorim să ancorăm, nici un vânt nu ne este prielnic!", se spune deseori. Mulţi dintre pacienţii mei se plâng de „lipsă de voinţă". Dacă definim voinţa simplu, ca „energie orientată spre scop", putem, relativ repede, să ne dăm seama că aceste persoane nu de energie duc lipsă, ci de scopuri – scopuri credibile şi realizabile într-o perioadă rezonabilă de timp.

Psihoterapia este un efort orientat către un anumit scop sau soluţie, având clientul ca expert (Walter şi Peller, 1992). Scopurile diverselor terapii variază considerabil. Din acest punct de vedere există două mari orientări terapeutice: unele îşi propun „vindecarea" clientului sau dezvoltarea lui personală, iar altele au ca scop să ajute clientul să-şi rezolve anumite probleme sau să-şi atingă anumite scopuri.

Terapiile aparţinând primei orientări plasează responsabilitatea schimbării terapeutului „expert" (el fixează obiectivele şi mijloacele necesare atingerii acestora), în timp ce terapia centrată pe soluţie plasează această responsabilitate la celălalt pol al relaţiei, respectiv la client. În acest model, ţinta este de a ajuta clienţii să-şi definească scopurile cât mai precis posibil; ei sunt experţi în problemele lor, ştiu ce doresc să schimbe.

Deseori, dorinţa de schimbare a clienţilor se manifestă sub forma unor plângeri sau acuze ce nu sunt totuşi veritabile scopuri pentru o terapie eficientă. De aceea, interviul terapeutic îşi propune să provoace clientul la transformarea acestor acuze în scopuri care, pentru a stimula şi orienta acţiunile ulterioare, trebuie să respecte anumite criterii. Acestea îşi au originea în cercetările efectuate în domeniul programării neurolingvistice, precum şi în experienţa terapeuţilor care practică deja modelul terapiei centrate pe soluţie (Shazer, Walter şi Peller, O'Connell etc.).

Terapeutul are responsabilitatea de a negocia cu clientul scopuri realizabile. Atunci când urmărim scopuri nerealizabile, facem imposibil de atins şi ceea ce era realizabil. Cineva mi-a povestit o întâmplare care ilustrează perfect această idee: „O doamnă grăbită intră în clădirea aeroportului, se îndreaptă spre primul ghişeu şi-i spune funcţionarului că ar dori un bilet pentru avionul ce tocmai decola în direcţia dorită. Funcţionarul, format în spiritul respectului faţă de clienţi, i-a răspuns

amabil că este greu să-i îndeplinească dorinţa, dar că îşi va contacta superiorii pentru a-i rezolva cererea. Doamna a rămas la ghişeu, aşteptând destul timp, perioadă în care şi alte avioane au mai decolat în direcţia dorită de ea. Când funcţionarul s-a întors, i-a spus doamnei, la fel de politicos, că îi pare rău, dar superiorii lui i-au spus că nu mai poate zbura cu avionul care decolase cu aproximativ o oră în urmă ! Nici nu şi-a terminat mesajul, şi funcţionarul s-a trezit cu geanta doamnei în cap, evident, iritată". Vă întreb, la fel cum am fost şi eu întrebat : „Cine este vinovat de incidentul final : doamna, care şi-a exprimat o dorinţă, sau funcţionarul, care a acceptat să negocieze această dorinţă ? ".

1. *Scopul trebuie formulat într-o manieră pozitivă, într-o formă afirmativă din punct de vedere gramatical.* De foarte multe ori, clienţii spun mai degrabă ceea ce nu vor să li se mai întâmple decât ceea ce vor : „Nu mai vreau să fiu timid ! ", „Nu mai vreau să fiu depresiv ! " etc. Aceste formulări sunt centrate pe problemele persoanelor, precizează ce trebuie evitat, dar nu oferă nici o idee despre direcţia în care trebuie acţionat, despre ceea ce doreşte de fapt clientul să obţină la sfârşitul terapiei. Formulările negative îmi amintesc de fiecare dată de situaţia turistului care, hotărând să facă o excursie deosebită care să-i alunge monotonia vieţii de zi cu zi, s-a prezentat la o agenţie specializată pentru a-şi rezerva biletele de avion. Problemele au început să apară în momentul în care a trebuit să precizeze destinaţia excursiei sale : „Desigur, nu doresc să merg la Moscova, Paris sau Londra... ! Dacă mă gândesc mai bine, nici vreun oraş din America de Nord nu mă atrage...". După mai multe întrebări ale funcţionarului de la ghişeu, turistul şi-a dat seama că se află într-un impas şi a hotărât să se întoarcă acasă. În noaptea următoare a visat că se afla pe un mare aeroport privind plecările succesive ale avioanelor. Dintr-o dată s-a aflat faţă în faţă cu Lindberg, primul pilot care a traversat Atlanticul, în 1927, care i s-a adresat astfel : „Avioanele pot zbura oriunde ; pilotul este cel care va hotărî unde vor ateriza ele ! ". A doua zi şi-a dat seama cât de important este să ştii unde vrei să ajungi atunci când porneşti într-o călătorie.

Inconştientul nostru operează doar cu afirmaţii, nu şi cu negaţii. Nu este un mijloc mai bun de a aduce în mintea cuiva o imagine sau o idee decât negând-o, spunea M. Erickson. „Nu vă gândiţi la o prăjitură

mare ! " – în urma acestei prescripţii, evident în mintea noastră apare mai întâi imaginea prăjiturii, apoi declanşăm o luptă pentru eliminarea ei. Şi, cu cât lupta este mai intensă, cu atât prezenţa opozantului se perpetuează pentru că – nu-i aşa ? – lupta presupune prezenţa ambelor părţi aflate în conflict.

Când un pacient spune : „Nu mai vreau să fiu depresiv ! ", această formulare actualizează toate situaţiile în care acesta se simte astfel, insuccesele lui, lipsa de speranţă etc. Pentru a-l provoca la formulări pozitive, întrebările-cheie sunt următoarele : „*Cum altfel* te vei comporta când nu vei mai fi depresiv ? ", „Ce alte comportamente, activităţi vei face *în locul* celor pe care le practici acum ? ". Răspunsurile la aceste întrebări vor descrie comportamentele care – din perspectiva clientului –, îndată ce vor fi puse în act, vor fi semnalul clar al dispariţiei problemei.

Descriind aceste comportamente, clienţii dezvoltă imagini pozitive despre viitorul lor, creează un context favorabil acţiunilor lor. E suficient să ne amintim că un sportiv ce îşi imaginează acţiunile pe care urmează să le facă activează într-o manieră inconştientă micromişcări corespunzătoare acestor acţiuni (ideomotricitate). La fel, descriind viitoarele acţiuni pozitive, clienţii îşi planifică, într-o manieră inconştientă, comportamentul, iar viitorul astfel descris are tendinţa de a se transforma în „predicţie ce se autoîmplineşte".

2. *Scopurile trebuie exprimate mai degrabă în termenii acţiunii decât în termenii unor stări interne.* Mulţi oameni doresc să fie fericiţi, curajoşi, siguri pe ei. Şi totuşi, exprimarea unei astfel de dorinţe nu ne informează deloc despre *cum* anume pot obţine fericirea aceste persoane, curajul sau încrederea în ele însele.

De aceea, dacă o persoană timidă spune că la sfârşitul terapiei doreşte să fie curajoasă şi cu mai multă încredere în ea însăşi, trebuie să punem următoarea întrebare : „*Cum* anume te vei comporta când vei fi curajoasă ? ", „*Cum* anume, altfel decât până acum, te vei comporta când vei avea mai multă încredere în tine ? ".

Aceste întrebări vor genera răspunsuri ce vor descrie comportamente concrete, observabile şi uşor de evaluat. Astfel, dorinţele exprimate în termenii unor stări greu de observat şi evaluat vor fi operaţionalizate în comportamente specifice care vor jalona, asemenea unei hărţi, travaliul terapeutic.

3. *Scopurile trebuie formulate în termenii „aici şi acum"*. Doar în măsura în care scopurile declanşează *imediat* acţiunile rezolutive, acestea sunt, cu adevărat, eficiente. În afara unui cadru spaţio-temporal adecvat, scopurile nu pot activa resursele necesare atingerii lor. Plecând din cabinetul terapeutului sau consilierului, clientul trebuie să ştie ce anume trebuie să facă (şi să fie capabil să facă) pentru a-şi rezolva problemele. Scopurile prea îndepărtate, prin chiar faptul că sunt îndepărtate, nu dezvoltă la client sentimentul că le poate controla ; în plus, cu cât sunt prea îndepărtate, cu atât imaginea despre ele este mai confuză.

Dacă un elev spune : „În următoarele zile voi lua o decizie în legătură cu examenele mele (sau privind relaţiile mele cu părinţii etc.)...", este aproape sigur că întotdeauna vor fi găsite motive pentru amânarea deciziei. Terapeutul/consilierul nu ia decizii pentru client ; el creează doar un context ce declanşează procesul deciziei la client. Pentru a iniţia acest proces, putem pune următoarea întrebare : „Dacă aţi fi pe cale să luaţi o decizie acum, ce anume aţi face sau ce altceva, diferit în raport cu ce aţi făcut până acum, aţi face ? ". O întrebare cu obiective similare este : „Părăsind cabinetul meu şi fiind pe cale să-ţi rezolvi problema, ce anume ai face altfel sau cum altfel te-ai adresa ţie însuţi ? ".

Mulţi elevi, gândindu-se la examenele ce îi aşteaptă peste câteva luni, îşi spun : „Voi învăţa ! ". Fără menţionarea unor termene exacte, referitoare la acţiunile specifice pe care le presupune „învăţatul", a contextului în care se vor desfăşura aceste acţiuni, angajamentul va influenţa în mică măsură comportamentul elevilor respectivi. Necesitatea angajării *imediate* în acţiunile necesare atingerii obiectivelor este evidenţiată şi de zicala „Nu lăsa pe mâine ce poţi face azi ! ".

Dacă un pacient obez spune : „În următoarea perioadă voi slăbi 10 kg", obiectivul său are puţine şanse să fie atins, deoarece nu este formulat într-o manieră „aici şi acum" ; şansele sale de a slăbi cresc dacă, de exemplu, obiectivul său va fi formulat astfel : „Începând din acest moment, la fiecare masă voi mânca o felie de pâine mai puţin ! ". O astfel de formulare menţionează clar acţiunea, termenul şi contextul în care ea va fi realizată.

4. *Scopurile eficiente sunt formulate cât mai specific posibil*. Cu cât scopurile sunt mai specific descrise, cu atât ele orientează mai bine comportamentul clientului. E la fel ca atunci când călătorim : cu cât

utilizăm o hartă ce conţine mai mulţi indicatori, cu atât probabilitatea de a ajunge unde dorim este mai mare ! Imaginaţi-vă că vă aflaţi într-un oraş necunoscut şi doriţi să ajungeţi la primărie. Puteţi merge la întâmplare, sperând că una dintre străzile principale vă va conduce la primărie, sau puteţi să solicitaţi oamenilor pe care îi întâlniţi descrieri cât mai exacte ale traseului şi ale clădirii pe care vreţi să o găsiţi ; pentru că, nu-i aşa, nu veţi şti niciodată că aţi găsit ceea ce căutaţi decât dacă aveţi o imagine foarte clară a ceea ce căutaţi ! De câte ori nu auzim : „Nici nu mai ştiu cum este când este bine ! ". Implicaţia acestei afirmaţii este că acestor persoane ar putea să le fie bine, dar să nu-şi dea seama de acest fapt ! Nu vom putea oferi niciodată cuiva ceea ce îşi doreşte, dacă nu vom şti *exact* ce anume îşi doreşte, dacă nu vom avea o *descriere* cât mai specifică a ceea ce îşi doreşte. Povestea care urmează ilustrează această idee :

A fost odată un rege puternic şi bogat căruia îi plăcea să facă cât mai mult bine posibil supuşilor şi celor apropiaţi, rudelor şi copiilor săi. Îi copleşea cu cadouri, savurând manifestările lor de recunoştinţă.

Una dintre fiicele regelui se numea Maria. Ea se deosebea mult de fraţii şi surorile sale. Se simţea deja copleşită de cadourile tatălui său. Hainele scumpe, parfumurile rare şi bijuteriile o lăsau aproape indiferentă. Ea se bucura, în schimb, de lectura poeziilor, de plimbările făcute seara sub clar de lună...

Într-o zi tatăl ei o întrebă : „Ce-ţi doreşti cu ocazia aniversării vârstei de 18 ani ? Aş dori să-ţi ofer un cadou regal ! ". Iar Maria a răspuns : „Mă copleşiţi cu atâta atenţie încât nici nu ştiu ce aş putea să vă cer". După mai multe insistenţe din partea regelui, Maria a spus : „Visul meu este aproape imposibil de îndeplinit ! ". Şi, cum tatăl ei aştepta cu nerăbdare exprimarea dorinţei, ea a continuat : „Aş dori... luna ! ".

Regele s-a întristat când a auzit această cerere. A trimis astronomul curţii să-i explice Mariei că regelui îi era imposibil să ia luna de pe cer şi să i-o ofere. Utilizând hărţile cerului şi arătându-i cât de departe este luna, astronomul s-a achitat foarte bine de sarcina sa.

Maria, indiferentă la cursul de astronomie, începuse deja să-şi reproşeze că-şi mărturisise dorinţa, iar regele regreta şi el atât insistenţele cu care solicitase fiicei sale exprimarea dorinţei, cât şi lipsa de realism a acesteia.

În timpul unor astfel de momente de frământare, bufonul curţii, care cunoştea problema, l-a privit ironic pe rege. Regele, iritat, l-a întrebat : „Ştii cumva cum poate fi îndeplinită dorinţa Mariei ? ". „Poate ! ", i-a răspuns bufonul. „Eşti suficient de puternic pentru a găsi cadoul care o va impresiona."

În aceeaşi seară, în timp ce luna lumina splendid ferestrele camerei sale, Maria a fost vizitată de un nou trimis al regelui. „Descrie-mi luna pe care o doreşti şi spune-mi mărimea ei", i-a cerut acesta. Privind pe fereastră, spre astrul preferat, Maria şi-a depărtat palmele, cuprinzând între ele o distanţă de aproximativ 20 cm. „Bine! Acum precizează-mi culoarea şi locul unde vei dori să o punem!" „Alb, cu reflexe argintii! Aş dori să o fixaţi deasupra comodei!" „În trei zile o vei avea!", a încheiat trimisul.

Înţelegând că este vorba de o ofertă reală, Maria a aşteptat cu nerăbdare momentul îndeplinirii dorinţei sale. După trei zile, unul dintre curteni i-a plasat deasupra comodei un disc de argint (de 20 cm), confecţionat în atelierele palatului, dotat cu o candelă care-l făcea să strălucească dulce!

Când Maria a alergat la tatăl său să-i mulţumească pentru marea bucurie pe care i-a făcut-o, acesta, uimit, nu putea înţelege cum un disc oarecare, chiar dacă este din argint, poate înlocui luna de pe cer. Dar bufonul, care era mult mai puţin scrântit decât părea, i-a spus: „Dacă doriţi să faceţi o plăcere cuiva, cereţi-i să descrie ceea ce vrea şi încercaţi să priviţi acel lucru cu ochii lui. Fără îndoială, veţi găsi mijlocul de a-i satisface cererea!".

De câte ori nu auzim părinţii spunând: „Nu mai înţeleg nimic! Deşi Gigel stă toată ziua cu cartea în mână, are note slabe!". Evident, pentru părinţi „a sta cu cartea în mână" şi a „învăţa" înseamnă acelaşi lucru. Pentru a stimula performanţa şcolară, verbul „a învăţa" trebuie operaţionalizat în acţiuni cât mai specifice: „a citi un număr de pagini, zilnic", „a face conspecte", „a face schiţe", „a reproduce textul citit, oral sau scris etc."! În plus, aceste acţiuni trebuie însoţite de repere orare precise.

Pentru a obţine descrieri cât mai specifice ale obiectivelor urmărite, putem utiliza mai multe tipuri de întrebări. Rămânând la exemplul anterior, aceste întrebări ar putea lua forma de mai jos:

⇨ *Exemplu:*

„Cine va observa primul că te-ai apucat să înveţi?" (părinţii, profesorii, colegii etc...);

„Ce anume va observa fiecare?", „Care va fi reacţia lor?";

„Ce vei gândi în legătură cu reacţia acestora?" etc.;

„Ce vei simţi când ceilalţi vor observa că te-ai schimbat?";

„Cum altfel vei gândi despre tine?".

Aceste descrieri, după cum observaţi, pot conţine, în afară de acţiuni, gânduri şi stări afective. Acestea din urmă nu sunt scopuri, ci reacţii

pozitive la realizarea scopurilor. Descrierea detaliată a scopurilor favorizează transformarea acestora în predicţii ce se autoîmplinesc.

Am întrebat o pacientă care acuza tulburări depresive: „Ce schimbări ar trebui să intervină în comportamentul dvs. pentru ca soţul şi copilul să spună «Mama se simte mai bine»?". Răspunsul a fost: „Dacă aş face o prăjitură în casă, acest fapt sigur ar fi ceva deosebit! De când m-am îmbolnăvit, n-am mai făcut aşa ceva!". Am provocat-o apoi să-mi povestească despre prăjiturile ei, despre cât de mult le plăceau soţului şi copilului prăjiturile făcute de ea etc. La şedinţa următoare mi-a spus că, după ce a ieşit din biroul meu, a intrat într-un magazin de unde a cumpărat tot ce-i trebuia şi a făcut acasă prăjitura preferată de soţ şi de copil. A avut o săptămână deosebită!

5. *Scopul trebuie formulat în domeniul controlat de client*. Acest criteriu este deosebit de important. Mulţi clienţi se prezintă la consilier sau terapeut plângându-se de *comportamentul celorlalţi* faţă de ei sau manifestându-şi dorinţa ca toţi *ceilalţi* din jurul lor să se schimbe! A accepta ca scop schimbarea comportamentului celorlalţi, a persoanelor *absente* la psihoterapie, înseamnă a ne angaja într-un efort perpetuu şi fără succes.

Terapeutul îşi propune să-l ajute pe client să identifice acele comportamente – scop pe care îl *poate iniţia şi menţine*, începând chiar din momentul în care vorbeşte despre acestea. Un scop nu trebuie să depindă de ceea ce *altcineva* va face mai întâi. În cazul în care clientul doreşte să schimbe relaţia pe care o are cu cineva care nu participă la terapie şi consideră că *mai întâi* trebuie să se schimbe acea persoană, iar noi, ca terapeuţi, acceptăm acest scop – adică mai întâi să se schimbe persoana absentă – evident, terapia se angajează pe un drum închis.

Comportamentul nostru, al fiecăruia, este de cele mai multe ori un răspuns la comportamentul celorlalţi. Într-o relaţie, indiferent care persoană se schimbă, această schimbare va antrena, mai degrabă sau mai târziu, şi schimbarea celeilalte. De aceea, clientul poate fi ajutat să conştientizeze că schimbarea poate începe cu el; de altfel, nu este rezonabil să cerem altora să facă ceea ce nu vrem să facem noi.

Din perspectivă sistemică, schimbarea oricărui element va antrena schimbări şi în alte părţi ale sistemului: dacă rotim o singură piesă a unui joc de *puzzle*, se va roti întreaga imagine; dacă schimbăm o singură notă într-o melodie, obţinem o altă melodie.

În cazul unui bărbat care doreşte ca soţia sa să se schimbe, terapeutul trebuie să-l ajute să identifice comportamentele pe care le poate iniţia *el* pentru a declanşa această schimbare: „Cum altfel decât până acum te vei comporta *tu* când relaţia ta cu soţia va fi bună?". „Îi voi povesti mai multe despre problemele mele de la serviciu..., îmi voi asuma responsabilitatea pentru unele probleme domestice, vom petrece vacanţa împreună..." Clientul va descoperi că, practicând *el*, *mai întâi*, astfel de comportamente, şi comportamentul soţiei sale se va schimba.

Aceeaşi cauzalitate circulară este valabilă şi pentru schimbarea individuală. Mulţi clienţi consideră deseori că, pentru a-l obţine pe *B* trebuie mai întâi să-l obţină pe *A*, şi cum *A* nu poate fi obţinut, atunci nici *B* nu va fi realizat. De exemplu, un student poate spune că, pentru a avea „mai multe intervenţii la seminar" – *B*, trebuie mai întâi să aibă mai multă „încredere în sine" – *A*. În acest caz, clientul poate fi pus în situaţia de a conştientiza că, practicând mai întâi *B*, îl poate obţine pe *A*.

Este reconfortant să constaţi că întotdeauna poţi face ceva pentru tine!

6. Cele mai bune formulări ale scopului sunt cele care *utilizează cuvintele clientului*. Acest criteriu ne securizează pe noi ca terapeuţi sau consilieri, deoarece, respectându-l, putem verifica pe parcursul terapiei dacă într-adevăr lucrăm în direcţia atingerii obiectivelor clientului. Întrucât clientul este „expert" în problema sa, el ştie, de asemenea, care sunt soluţiile care ar putea să-i rezolve problema. Desigur, interviul terapeutic ar putea să-l conducă pe client la reformularea obiectivelor iniţiale, dar, de fiecare dată, noile formulări trebuie făcute în limbajul clientului.

Atunci când terapia bate pasul pe loc, când clientul este din ce în ce mai puţin motivat pentru realizarea prescripţiilor terapeutice, trebuie să ne întrebăm dacă nu cumva acestea se datorează faptului că terapia urmăreşte mai degrabă obiectivele noastre decât ale clientului. Mulţi terapeuţi au fost învăţaţi să citească „printre rânduri" pentru a descoperi „adevăratele" probleme ale clientului şi a construi „adevăratele" soluţii la acestea.

Dintr-o perspectivă constructivistă, problema îşi are originea în imaginea pe care o au oamenii despre realitate, şi nu în realitatea însăşi. Întrucât terapeutul şi pacientul pot avea imagini diferite despre aceeaşi

realitate, decizia terapeutului de a stabili singur *adevărata* problemă poate influenţa negativ relaţia terapeutică.

Există numeroşi clienţi decepţionaţi de precedentele lor experienţe terapeutice datorită faptului că, indiferent de obiectivele fixate de ei, terapeutul afirma că el este cel care cunoaşte cel mai bine adevărata problemă şi, prin urmare, obiectivul *real* al terapiei. Un astfel de exemplu ni-l furnizează O'Hanlon şi Weiner-Davis (1995) : „Am venit cu fiul nostru la terapie pentru a obţine câteva sfaturi deoarece comportamentul său ne creează probleme ; dar terapeutul anterior ne-a spus că, de fapt, noi suntem cei care avem o problemă, conjugală, şi că ar trebui să lucrăm mai degrabă asupra relaţiei noastre de cuplu. Acest fapt ne-a iritat şi nu ne-am mai dus la terapeut".

Soluţiile, rezultatele terapiei nu sunt produse statice, finite, ele se află într-o continuă construcţie. Transformarea afirmaţiilor, a dorinţelor clienţilor în scopuri veritabile, eficiente, poate fi realizată prin raportarea acestora la criteriile menţionate. Întrebările pe care le adresăm lor declanşează un proces constructiv, iar construcţia finală, flexibilă, se realizează cu „materialul clienţilor" (Vezi tabelul 2.).

Tabelul 2. *Criterii pentru un scop bine definit (adaptare după Walter şi Peller, 1992, p. 60)*

Criteriu	Cuvinte-cheie	Întrebări
1. Formă pozitivă, afirmativă.	„Altfel" „În locul"	„Ce vei face în loc de... ?" „Ce altceva vei face ?"
2. În termenii acţiunii.	„Cum"	„Cum altfel te vei comporta ?"
3. În termenii „aici şi acum".	„Pe cale să..."	„Părăsindu-mi cabinetul acum, şi fiind pe cale să-ţi rezolvi problema, ce anume vei face diferit, ce altceva diferit îţi vei spune ?"
4. Cât mai specific posibil.	„Altceva..., altceva" „Mai specific..."	„Ce anume altceva vei face... ? Altceva... ?" „Mai specific, ce anume vei face... ?"
5. În domeniul controlat de client.	„Tu"	„Ce anume vei face tu când obiectivul va fi atins ?"
6. În limbajul clientului.	Utilizează cuvintele clientului.	

4.3. Interviul terapeutic centrat pe soluţie

1. *Crearea colaborativă a unei noi realităţi psihologice*. Se utilizează sintagma „boală iatrogenă" pentru a desemna problemele medicale determinate sau agravate de abordarea terapeutică a medicului. M. Erickson utilizează expresia „sănătate iatrogenă" – cu referire la starea de sănătate determinată sau favorizată de relaţia terapeutică : „În timp ce am citit numeroase articole asupra maladiilor iatrogene şi am asistat la numeroase discuţii asupra acestui subiect, există ceva asupra căruia nu mi-a fost dat să citesc mare lucru – este vorba despre sănătatea iatrogenă. Sănătatea iatrogenă este o preocupare majoră, mult mai importantă decât maladia iatrogenă" (Rossi şi Ryan, 1986, *apud* O'Hanlon, Weiner-Davis, p. 61).

Terapia centrată pe soluţie creează între terapeut şi client o realitate psihologică centrată pe aspectele pozitive ce favorizează emergenţa „sănătăţii iatrogene".

Ca terapeuţi/consilieri influenţăm puternic, în cursul interviului, imaginea pe care clienţii noştri şi-o formează despre situaţia şi problemele lor. Ceea ce ne interesează, ceea ce ignorăm, felul în care formulăm întrebările, faptul de a întrerupe clientul sau de a rămâne tăcuţi, toate acestea influenţează imaginea pe care clientul şi-o construieşte despre situaţia sa.

De exemplu (O'Hanlon şi Weiner-Davis, 1995, p. 62), dacă o persoană spune : „Nu am nici un control asupra a ceea ce trăiesc", terapeutul are mai multe alternative. El poate decide să rămână tăcut pentru a permite clientului să dezvolte această idee. Dar, de asemenea, poate decide să pună întrebări, iar alegerea întrebărilor pe care le va pune nu este ceva simplu. El poate solicita informaţii suplimentare asupra senzaţiei lipsei de control, adică să se intereseze de simptome, de data apariţiei lor etc.... Aceste întrebări vor da problemei un anumit aspect de gravitate. De asemenea, ar putea întreba : „Ce anume îţi dă impresia că lucrurile par greu de controlat ? ". Această întrebare poate introduce o notă de incertitudine în definirea problemei. O altă posibilitate ar fi : „Ce anume este diferit în zilele în care ai senzaţia că lucrurile se află sub controlul tău ? ". Această întrebare implică ideea că există zile în care problema nu se manifestă.

Respectivele tipuri de întrebări vor antrena discuţia în direcţii diferite, se vor finaliza cu imagini diferite asupra situaţiei clientului şi cu obiective şi soluţii diferite.

Analogia cu ceea ce se întâmplă la tribunal ilustrează foarte bine cum interviul poate – în funcţie de obiectivele sale – să conducă la imagini uneori foarte diferite asupra aceleiaşi situaţii. Când avocatul apărării îşi interoghează clientul, el are interesul să evidenţieze faptele care-l pun într-o lumină cât mai favorabilă, sperând astfel să obţină un verdict favorabil. Vine apoi rândul procurorului care, şi el, pune întrebări asupra „faptelor", dar obiectivul lui este acela de a construi o cu totul altă imagine despre acuzat. Cele două imagini sunt deseori atât de diferite, încât ne putem întreba dacă ele se referă la aceeaşi persoană.

Adepţii terapiei centrate pe soluţie se consideră „avocaţi ai apărării". Întrebările lor evidenţiază punctele tari, aptitudinile şi resursele clienţilor. Formularea problemelor clientului se face în funcţie de procesul de evaluare a acestuia. Centrarea pe aspectele slabe, pe lipsuri şi insuccese va conduce la o anumită formulare a problemei, după cum centrarea pe resurse şi pe puncte tari se va finaliza cu o altă formulare. E suficient să observăm cum aceleaşi plângeri şi acuze conduc, în funcţie de opţiunile teoretice ale terapeuţilor, la diagnostice diferite, pentru a ne convinge de veridicitatea afirmaţiei anterioare.

Consecinţele acestor observaţii sunt interesante şi utile. Pornind de la datele brute referitoare la plângerile şi acuzele clienţilor, formularea problemei este „negociată" între terapeut şi client. Dacă problema este negociată, atunci, evident, terapeutul va negocia o problemă care să poată fi rezolvată, iar soluţiile acceptate în cursul acestei negocieri vor fi cele care pot să înglobeze cel mai bine schimbările pentru care clientul are resurse. Am amintit deja în paginile anterioare că sarcina principală a terapeutului este aceea de a provoca clientul la descoperirea de alternative la formulările anterioare ale problemelor sau, după caz, a soluţiilor.

Terapia creează un context specific, ce poate schimba imaginea persoanei despre situaţia sa şi, în consecinţă, comportamentul său. Exemplul următor poate ilustra bine această idee.

Să ne imaginăm un copil care a căzut şi s-a rănit uşor la genunchi. Imediat va căuta cu privirea în jur, pentru a vedea cum reacţionează

părinţii sau alţi adulţi. Trebuie să se alarmeze ? Dacă observă că oamenii din jur sunt îngrijoraţi, probabil va începe să plângă ; dacă, dimpotrivă, este ridicat şi lovit uşor peste fund, va suspina puţin şi-şi va continua joaca.

În linii mari, situaţia terapeutică activează mecanisme asemănătoare. Dacă mesajele verbale sau nonverbale îi indică faptul că situaţia lui este gravă şi trebuie, realmente, să fie îngrijorat de ceea ce se întâmplă, atunci el va trăi sentimente de nelinişte şi de depresie ; dar dacă terapeutul „depatologizează" situaţia, „normalizează" problemele pacientului, atunci acesta va dezvolta alte reacţii afective şi comportamentale.

2. *Modalităţi de construcţie a soluţiilor*. Obiectivele primei şedinţe de terapie/consiliere sunt următoarele (O'Connell, 1998) :

- formarea unei relaţii colaborative cu clientul ;
- crearea unui climat favorabil schimbării ;
- clarificarea obiectivelor terapiei ;
- descoperirea resurselor clientului ;
- formularea primelor prescripţii terapeutice.

Înainte de a veni la noi, este posibil ca pacientul să fi solicitat ajutorul şi altor terapeuţi. Insuccesele terapeutice pe care le-a trăit transformă, deseori, dificultatea, iniţial mică, într-o problemă gravă. De aceea, terapeutul trebuie să exploreze cu atenţie acest domeniu. Insuccesele anterioare, abordate adecvat, pot fi transformate într-un feedback util, ce poate evidenţia atât drumurile închise, cât şi resursele pacientului.

Schema ce urmează evidenţiază direcţiile posibile pe care le poate explora interviul terapeutic (*cf.* Walter şi Peller, 1992, p. 64) (vezi fig. 10).

Această schiţă evidenţiază trei dintre principalele caracteristici ale terapiei centrate pe soluţie :

a) Centrarea pe aspectele pozitive, pe soluţie şi pe viitor facilitează schimbarea în direcţia dorită.
b) Excepţiile de la fiecare problemă pot fi create de terapeut şi client şi pot fi utilizate în construirea soluţiilor.
c) Schimbarea se manifestă tot timpul.

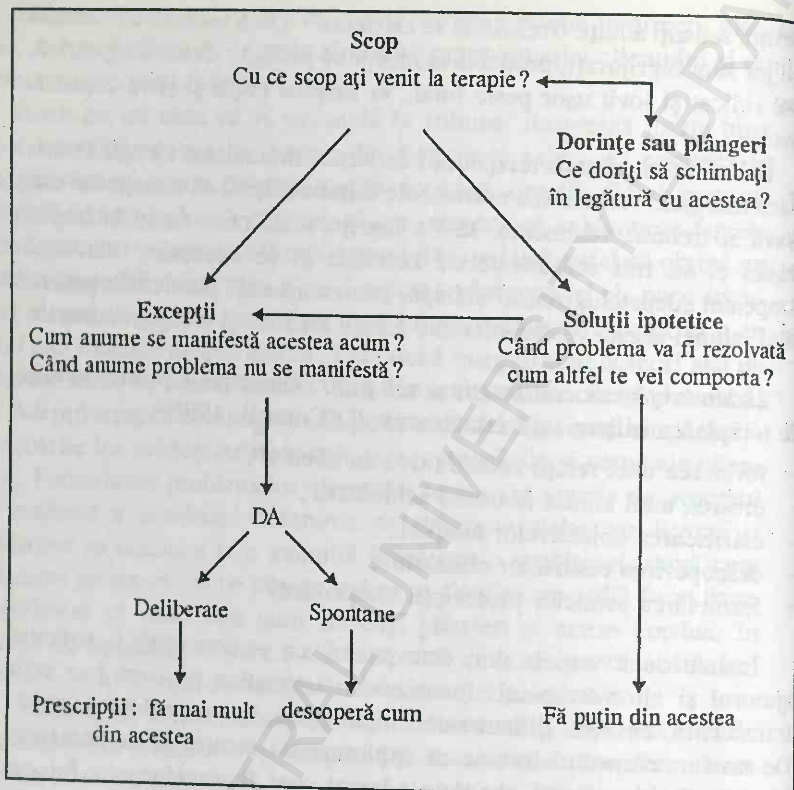


Figura 10. *Direcţiile pe care le poate explora interviul terapeutic*

Conform acestei scheme, există mai multe căi de construcţie a soluţiilor:

- *De la scop la excepţii*. Această cale este utilizată atunci când pacientul, răspunzând la întrebarea: „Cu ce scop te-ai prezentat la terapie?", formulează scopuri ce întrunesc criteriile unui scop bine definit, apoi identifică în istoria sa recentă manifestarea unor comportamente incluse în formulările scopului.
- *De la scop la soluţii ipotetice*. Această cale este utilizată în cazul în care pacientul nu poate identifica excepţii, când afirmă că toate

comportamentele-scop nu s-au manifestat deloc în istoria sa recentă sau că problema se manifestă tot timpul.

În afara acestora, există alte două căi în care construcţia soluţiei porneşte nu de la scopuri - deoarece, în ciuda provocărilor iniţiale, clientul nu formulează încă scopuri clare -, ci de la formularea problemei.

- *De la formularea problemei la excepţii.*
- *De la formularea problemei la soluţii ipotetice.*

Aceste ultime căi sunt eficiente doar în măsura în care problema este formulată în termenii acţiunii, excepţiile sau soluţiile ipotetice fiind construite din acţiuni opuse acţiunilor-problemă.

⇨ *Exemplu* :

„Când anume acţiunea-problemă nu se întâmplă ? " ;
„Când problema ta va dispărea, cum anume *altfel* te vei comporta ? ".

Vom prezenta în continuare, conform schemei, fiecare etapă a interviului.

a) *Dorinţe şi plângeri*. La întrebarea : „Cu ce scop v-aţi prezentat la terapie ? ", clienţii răspund frecvent prin plângeri, acuze sau dorinţe. Acestea sunt afirmaţii sau negaţii puternic încărcate afectiv. Ele exprimă cum doreşte sau cum nu doreşte să se simtă clientul, dar nu ne informează cu nimic despre acţiunile ce ar trebui iniţiate pentru a obţine sau a evita respectivele stări afective. Se întâmplă ca la întrebarea respectivă pacienţii să invoce un diagnostic psihiatric. Nici diagnosticul nu poate conduce la scopuri eficiente, deoarece el este o etichetă pentru problemele pacientului ; eticheta diagnostică prezintă riscul identificării persoanei cu problema şi ne împiedică să identificăm resursele şi direcţia schimbării.

Pentru a transforma aceste plângeri sau acuze în scopuri, putem formula mai multe tipuri de întrebări.

⇨ *Exemplu* :

„Îmi pare rău să aud cum se petrec lucrurile. Poţi să-mi spui ce vrei să schimbi în legătură cu aceasta ; cum altfel ai dori să te comporţi ? " ;

„Îmi pare rău... Cum aş putea să te ajut în legătură cu aceasta ?" ;
„Îmi pare rău... Poţi să-mi spui încă o dată ce rezultate aştepţi de la terapie ?" ;
„Deşi s-ar putea să ţi se pară ciudat, poţi să-mi spui cum situaţia despre care îmi vorbeşti a devenit o problemă pentru tine ?".

Primele trei întrebări solicită răspunsuri orientate pozitiv, spre soluţie, în timp ce ultima cere o reformulare a problemei ; dacă la această ultimă întrebare pacientul descrie problema în termenii acţiunilor pe care el le face, atunci, evident, acţiunile cu sens contrar ar putea conduce la soluţie. În acest caz, putem întreba în continuare : „Deci, ce vei face în loc de... ?".

b) *Scopul*. Răspunsurile la întrebările care au ca obiectiv transformarea dorinţelor sau acuzelor în scopuri trebuie confruntate cu criteriile unui scop bine definit. Dacă ele nu se conformează acestor criterii, terapeutul va continua interviul cu întrebări care să-l provoace pe client să enumere cât mai multe comportamente, realizate în contexte diferite şi a căror punere în act să aibă pentru el semnificaţia redobândirii „normalităţii".

În afara întrebărilor menţionate, cu ocazia descrierii criteriilor unui scop bine definit, putem utiliza şi alte întrebări orientate spre scop :

⇨ ***Exemplu*** :

„Cât timp crezi că va trebui să treacă pentru a te simţi mai bine ?" ;
„De câte ori te aştepţi să ne întâlnim pentru a te simţi mai bine ?" ;
„Cum vei şti că decizia de a te prezenta pentru terapie a fost o decizie bună ?" ;
„Cum crezi că terapia te-ar putea ajuta ?" ;
„Cum vei şti că lucrurile încep să meargă mai bine ?".

Răspunsurile referitoare la durata terapiei se pot transforma în predicţii ce se autoîmplinesc. Un pacient, elev în clasa a IV-a, care începea terapia în luna iunie, la întrebarea : „Cât timp va trebui să treacă până te vei simţi mai bine ?", mi-a răspuns : „Până în septembrie mă voi simţi bine, deoarece doresc să obţin rezultate bune la şcoală !". Şi aşa a fost !

c) *De la excepţii la prescripţii (soluţii).* Am amintit deja că schimbarea este continuă, excepţiile de la problemă sunt aproape inevitabile, iar clientul are tot ce-i trebuie pentru a-şi rezolva problemele. Interviul terapeutic îşi propune să facă toate acestea cât mai evidente pentru client. De aceea, terapeutul utilizează o serie de întrebări ce vehiculează, într-o manieră implicită, indirectă, aspecte pozitive, credinţa în resursele clientului. Aceste întrebări îi provoacă pe clienţi să-şi privească situaţia dintr-un alt unghi. De exemplu, întrebarea: „Ai încetat să-ţi mai baţi copilul?" are, inevitabil, un caracter acuzator. Observaţi diferenţa pe care o introduce următoarea întrebare: „Poţi să-mi vorbeşti despre momentele în care ai comunicat bine cu copilul tău?". Această întrebare vehiculează o idee aflată la polul opus în raport cu cea sugerată de prima. Întrebările ce conţin presupoziţii pozitive conduc clienţii în situaţia de a oferi răspunsuri autovalorizante. Prin însuşi faptul că răspund la astfel de întrebări, clienţii acceptă premisa implicită că schimbarea este inevitabilă.

O regulă simplă pentru construirea unor astfel de întrebări este aceea de a le formula într-o manieră deschisă, evitând întrebările la care se poate răspunde doar prin *Da* sau *Nu*. În loc să întrebăm: „Nu aţi făcut niciodată ceva care să funcţioneze, să meargă?", e bine să formulăm întrebarea astfel: „Ce anume aţi făcut bine în trecut, ce succese aţi avut?". Dacă prima întrebare vehiculează o anumită îndoială cu privire la succesele clientului, a doua, dimpotrivă, transmite certitudinea terapeutului în legătură cu resursele lui.

Drumul cel mai scurt către resurse şi soluţii îl reprezintă – aşa cum am subliniat până acum – identificarea excepţiilor.

Întrebaţi cu privire la excepţii, clienţii rămân deseori tăcuţi, absorbiţi în gândurile lor. Această tăcere se datorează, între altele, faptului că oamenii clasează evenimentele vieţii lor în *albe/negre*, *bune/rele*: „Gigel nu învaţă niciodată!", „Soţul nu face niciodată proiecte referitoare la viaţa noastră comună!" etc.

O altă sursă a surprizei pacienţilor este faptul că ei se aşteaptă ca terapeutul să se intereseze de problemele, nu de succesele lor.

Un fapt observat relativ frecvent este apariţia unor schimbări pozitive în perioada dintre obţinerea primei programări la terapie şi şedinţa de psihoterapie. Deşi clienţii consideră aceste schimbări întâmplătoare, evidenţierea acestora favorizează crearea unui climat favorabil schimbării

terapeutice. Weiner-Davis şi De Shazer, care au studiat schimbările intervenite în viaţa clienţilor în intervalul dintre programarea la terapie şi prima şedinţă, au raportat că două treimi dintre pacienţi au semnalat schimbări pozitive în acest interval. Ei au adresat clienţilor următoarele trei întrebări :

1. „Deseori, între programare şi prima şedinţă de terapie, oamenii observă că lucrurile li se par diferite. Ce anume ai observat cu privire la propria ta situaţie ? ”.
2. (Dacă au fost observate schimbări :) „Aceste schimbări sunt în legătură cu problema ta ? ”.
3. (Dacă au fost observate schimbări :) „Acest fel de schimbări – care s-au produs – doreşti să continue să se producă ? ”.

Aceiaşi autori notează că restul pacienţilor care nu semnalaseră schimbări înaintea terapiei au observat astfel de schimbări mai târziu, în cursul primei şedinţe. Existenţa acestor schimbări ce precedă terapia evidenţiază şi mai pregnant ideea existenţei excepţiilor de la problemă. Este suficient ca terapeutul să utilizeze întrebări adecvate – deseori întrebări ce conţin presupoziţia excepţiei – pentru a le evidenţia. Vom prezenta în continuare câteva tipuri de astfel de întrebări :

• *Ce anume este diferit în momentele în care...* (te înţelegi bine cu soţul/soţia, Gigel merge la şcoală etc.*) ?* Cu ajutorul acestei întrebări explorăm toate diferenţele dintre situaţiile în care problema se produce şi cele în care nu se produce. Există situaţii în care clienţii sunt incapabili să identifice chiar şi cea mai mică excepţie. În astfel de cazuri este bine să ne arătăm puţin surprinşi, menţionând că majoritatea clienţilor raportează că nu întotdeauna problema are aceeaşi intensitate sau că sunt într-adevăr momente în care problema nu se manifestă. Pentru a stimula identificarea excepţiilor putem sugera unii factori ce ar fi putut face lucrurile mai suportabile (de exemplu, vizita unui prieten, o excursie etc.).

Referitor la construcţia întrebării, trebuie să observăm două aspecte :

1. Întrebarea vehiculează certitudinea existenţei unor diferenţe. Noi nu întrebăm : „Există momente în care... ? ”, ci : „Ce diferenţe există între momentele în care... ? ”.

2. Obiectivul este exprimat întotdeauna în termeni pozitivi: „Când vă înţelegeţi bine...", şi nu: „Când nu vă certaţi...".

Când clienţii persistă în a nega existenţa unor momente în care problema nu se manifestă, putem căuta excepţiile apelând la întrebări ce au ca scop identificarea celor mai bune momente ale situaţiilor dificile: „Când anume acestea sunt mai puţin grave, mai puţin frecvente, mai puţin intense sau de mai scurtă durată?". Putem face şi sugestii absurde pentru a evidenţia existenţa excepţiilor, întrebând de pildă: „Asta se întâmplă şi când dormiţi?".

• *Cum aţi procedat pentru ca aceasta să se producă?* Imediat ce clientul semnalează existenţa unei excepţii, întrebăm: „Cum aţi procedat, ce anume aţi făcut pentru ca aceasta să se producă?". Răspunzând la această întrebare, clientul conştientizează mai bine şi-şi organizează mai eficient diverse comportamente pozitive. În plus, punând această întrebare, îl provocăm pe client să-şi asume responsabilitatea schimbărilor pozitive. Chiar dacă el neagă, la început, această atribuire spunând: „Nu am făcut nimic! Situaţia era pur şi simplu pregătită pentru schimbare", noi putem sugera: „Probabil aţi făcut ceva care să fi pregătit această situaţie pentru schimbare. Ce anume ar putea fi?".

• *În ce fel anume ziua în care (excepţia) se produce diferă de celelalte zile?* Această întrebare vizează identificarea elementelor pozitive ale contextului spaţio-temporal.

• *Cine altcineva a remarcat că...* (ai slăbit 5 kg, ţi-ai făcut temele, v-aţi înţeles bine în ultimul weekend etc.)*? Ce te face să crezi că schimbarea a fost observată? Cum anume altfel s-a comportat sau ce ţi-a spus persoana care a observat că...?* Reacţiile pozitive ale persoanelor semnificative din jur sunt recompense ce întreţin şi amplifică schimbările pozitive.

• *Cum ai reuşit să pui capăt...* (mâniei, certurilor etc.)*?* La o astfel de întrebare nu se răspunde uşor. Majoritatea oamenilor îşi amintesc mai bine cum a început o dispută şi mai puţin cum a fost ea rezolvată sau relativa linişte care a urmat. Într-un cuplu în care disputele sunt frecvente,

acuza ce alimentează cearta este deseori : „Tu eşti cel care a început... ! ". Prin urmare, ne focalizăm atenţia mai degrabă asupra debutului problemei, considerând că sfârşitul ei se datorează unor cauze fireşti.

Întrebând o mamă care are frecvente certuri cu copilul său : „Cum faci să înceteze cearta ? ", există o mare probabilitate să primim următorul răspuns : „După un timp, complet exasperată, las lucrurile baltă şi mă comport ca şi cum el ar fi absent. Puţin timp după aceea el se opreşte". Deseori, oamenii nu consideră ignorarea celorlalţi ca pe o soluţie, ci mai degrabă ca pe un fel de capitulare frustrantă. Acest punct de vedere ar putea fi modificat punând o întrebare de tipul următor : „Cum aţi ajuns să vă daţi seama că, pentru a rezolva această problemă, cea mai bună soluţie este să-l ignoraţi ? Este într-adevăr un lucru extraordinar ! ". Chiar dacă persoana nu a ajuns la această soluţie intenţionat, întrebarea noastră o pune în situaţia autovalorizantă de a-şi asuma rezolvarea problemei.

• *În ce fel maniera în care ai acţionat ultima dată diferă de felul în care ai putut face faţă unor situaţii similare...* (cu o săptămână, cu o lună în urmă*) ?* Prin această întrebare evidenţiem apariţia unor comportamente pozitive „noi", care ar fi trecut neobservate dacă nu am fi focalizat atenţia clientului asupra lor. Astfel îl provocăm pe client să realizeze mai multe autoatribuiri pozitive, deşi rareori un comportament „nou" este, cu adevărat, în întregime nou.

• *Ce faci pentru a te distra ? Cum îţi petreci timpul liber, ce anume te interesează cel mai mult ?* Utilizând această întrebare, declanşăm o căutare şi în alte domenii : al resurselor, al aptitudinilor, al deprinderilor, al cunoştinţelor necesare rezolvării problemelor.

• *Ai avut cumva această dificultate şi în trecut ?* (*Dacă* Da) *Cum ai rezolvat-o atunci ? De ce anume ai nevoie pentru a acţiona la fel ?* Cu această întrebare ne propunem să realizăm transferul soluţiilor trecute la problemele actuale. Mulţi oameni cred că dacă problema a reapărut, soluţia utilizată a fost una falsă. Adevărul este că deseori problema reapare pentru că, după ce am rezolvat-o, redevenim în scurt timp prizonierii vechiului mod problematic de a gândi şi acţiona. Întrebarea menţionată le reaminteşte clienţilor soluţia utilă uitată !

După ce am identificat excepţiile, întrebarea firească este ce facem cu ele. Pentru ca excepţiile să conducă spre soluţii, ele trebuie să îndeplinească trei condiţii :

a) Să fie formulate astfel încât să satisfacă criteriile unui scop bine definit.
b) Producerea lor să fie acceptată de client ca scop al terapiei.
c) Clientul să aibă credinţa că poate face ca ele să continue, să persiste.

Am amintit deja întrebările necesare provocării unor răspunsuri în termenii unui scop bine definit. De aceea, vom menţiona doar două întrebări pentru verificarea ultimelor două condiţii ale excepţiilor :

- *Deci, dacă vei continua să faci toate aceste lucruri, vei considera că eşti pe cale să obţii ceea ce ţi-am propus venind la terapie ?*
- *Cum anume vei proceda pentru ca acestea (excepţiile) să continue să se manifeste* ?

d) *Soluţia ipotetică*. Cadrul de referinţă al soluţiei ipotetice este utilizat atunci când pacientul are dificultăţi în găsirea unei perspective pozitive pentru formularea scopului sau când nu poate găsi excepţii, din cauză că rămâne centrat pe problemă. Pentru identificarea soluţiilor ipotetice se pun întrebări orientate spre viitor, cu scopul de a-l provoca pe client să descrie cât mai clar şi mai specific posibil *ce* şi *cum* va fi viaţa lui după dispariţia problemei. Formula-standard pentru provocarea soluţiilor ipotetice este aşa-numita „întrebare-miracol" – formulată pentru prima dată de S. de Shazer (1988) : „Imaginează-ţi că într-o noapte, în timp ce dormi, se întâmplă un miracol şi problema despre care mi-ai vorbit dispare. Deoarece erai adormit, nu ai cum să ştii că miracolul a avut loc. Când te vei trezi, care vor fi pentru tine primele semne că miracolul s-a întâmplat ? Ce anume va fi diferit ? ".

Această întrebare este similară tehnicii bilei de cristal utilizate de M. Erickson, în care el invita pacienţii să privească în viitor şi apoi să explice cum anume s-a întâmplat ceea ce s-a întâmplat. Deseori, Erickson invita clienţii să-şi imagineze o dată în calendar când lucrurile vor fi mai bune, apoi să revină dinspre acest viitor spre prezent, pentru a vedea ce anume s-a întâmplat pe parcurs.

Terapeutul ajută clientul să dezvolte răspunsuri la întrebarea-miracol, utilizând o ascultare activă, empatizând şi punând întrebări cu potenţial terapeutic. Iată câteva direcţii de acţiune :

- invită clientul să descrie, în detaliu, prima zi după miracol şi explorează cum diferenţele, comportamentele noi din prima parte a zilei influenţează ce se întâmplă după-amiaza şi seara;
- pune întrebări pentru a identifica cum anume influenţează miracolul comportamentul celorlalte persoane.

⇨ *Exemplu*:

„Care va fi prima persoană din familie care va observa că s-a întâmplat miracolul? Cum va reacţiona?";

„Cum vei şti că cei din jurul tău au observat schimbările produse de miracol?";

„Cum anume se va comporta partenerul tău (soţ, soţie, colegi, prieteni etc.), după ce miracolul va fi avut loc?";

„Cum te vei simţi când vei face toate acestea?".

- Utilizează diverse reformulări ale întrebării-miracol:

⇨ *Exemplu*:

„Dacă vei merge mâine la lucru (sau la şcoală, acasă ori în orice alt loc unde se manifestă problema) şi toate problemele tale vor fi rezolvate, ce anume se va întâmpla? Cum anume altfel te vei comporta?";

„Presupunând că ai putea relua de la început slujba (sau relaţia cu... sau orice altceva) ce ai dori să se întâmple? Cum altfel te-ai comporta?";

„Dacă ai merge mâine la lucru (acasă, la şcoală etc.) şi situaţia care a determinat necazul tău va fi dispărut, ce crezi că ai observa?".

Întrebarea-miracol este utilă şi în terapia familiei şi a cuplului. Fiecare membru oferă versiunea sa despre cum ar fi viaţa lor fără problemă. Aceste răspunsuri pot fi utile celorlalţi membri ai familiei. Întrebarea-miracol poate fi combinată cu tehnica chestionării circulare; astfel, clientul este provocat să anticipeze cum va răspunde alt membru al familiei la întrebarea-miracol. Întrebările de acest tip ar muta discuţia din domeniul blamului, al acuzelor reciproce, într-un cadru de referinţă pozitiv.

Cu clienţii-copii care transgresează uşor graniţa dintre real şi imaginar şi pentru care întâmplările fantastice din basme şi filme sunt mult mai „reale" decât pentru adulţi, putem utiliza următoarea variantă a întrebării-miracol: „Dacă aş utiliza o baghetă magică cu care aş rezolva

problema ta, cum altfel te vei comporta? Ce anume vei face altfel decât până acum?". Copiii au, de asemenea, o bună capacitate de a juca diferite roluri. De aceea putem utiliza şi o întrebare de tipul: „Hai să ne prefacem că problema ta este rezolvată şi că ai fi mai norocos cu privire la... (relaţiile cu colegii de şcoală, note mai bune la învăţătură etc.). Ce anume vei face altfel decât până acum?".

Deoarece scopul terapiei este producerea unor schimbări comportamentale prezente, trebuie să stimulăm clientul să exploreze dacă nu cumva *soluţiile ipotetice* se manifestă deja în prezent: „Povesteşte-mi, te rog, despre momentele în care, *uneori*, aceasta (soluţia ipotetică) se manifestă chiar *în mică măsură* în prezent!". Utilizând cuvintele *uneori* şi *în mică măsură*, este posibil să stimulăm clienţii să identifice mai uşor excepţiile de la problemă. În cazul în care clienţii reuşesc să identifice aceste excepţii (momentele în care *soluţia ipotetică* se manifestă deja), construcţia soluţiei va trece din cadrul de referinţă al soluţiilor ipotetice în cel al excepţiilor.

Sunt autori (O'Hanlon şi Weiner-Davis, 1995) care subliniază că, pentru identificarea soluţiei ipotetice, trebuie să utilizăm verbele mai degrabă la viitor decât la condiţional: „Cum altfel te vei comporta când problema ta va dispărea?", şi nu: „Dacă problema ta ar dispărea, cum altfel te-ai comporta?". Utilizând verbele la viitor, exprimăm certitudinea în legătură cu schimbările ce vor apărea şi eliminăm orice îndoială pe care implicit o vehiculează construcţiile verbale ipotetice.

e) *Prescripţii terapeutice*. Conform schemei de construcţie a soluţiilor, după identificarea excepţiilor sau a soluţiilor ipotetice, urmează stabilirea prescripţiilor terapeutice, prin a căror punere în act clientul îşi atinge scopurile pentru care s-a prezentat la terapie.

Principalele prescripţii terapeutice sunt (Walter şi Peller, 1992):

1. Observă momentele pozitive!
2. Fă mai mult din comportamentele pozitive sau excepţii!
3. Descoperă cum apar excepţiile spontane!
4. Fă puţin din elementele soluţiei ipotetice!

1. *Observă momentele pozitive!* Această prescripţie are un caracter strict observativ şi-şi are originea în prescripţia formulată de S. de Shazer şi Molnar (1984): „Între şedinţa de azi şi întâlnirea noastră

viitoare aş dori să observi ce anume se petrece în viaţa ta (căsnicie, familie etc.) şi ai dori să continue să se petreacă şi în viitor".

Spun deseori pacienţilor mei că aştept de la ei *Jurnalul evenimentelor pozitive*. Sarcina poate fi formulată şi mai specific, pentru a include unele elemente ale scopului deja formulat: „Aş dori ca până data viitoare să observi momentele în care vorbeşti cursiv şi-ţi exprimi părerea atunci când ea diferă de opinia celorlalţi membri ai grupului". Observaţi că, deocamdată, nu cerem clienţilor *să facă* ceva anume, să schimbe ceva în comportamentul lor. Ideea că *ar trebui să facă* ceva diferit ar putea activa o anume teamă de schimbare, în timp ce prescripţia observativă pare un pas mai simplu de efectuat.

Punerea în practică a acestei prescripţii se poate finaliza cu schimbarea imaginii clientului despre situaţia în care se află; el poate vedea acum şi „partea plină a paharului". Şi, cum comportamentul este determinat de imaginea noastră despre realitate, această schimbare poate atrage după sine un ciclu al schimbărilor pozitive, care să-l apropie pe client de obiectivele propuse. În plus, centrarea pe viitor şi pe aspectele pozitive creează atitudini sanogenetice care pot deveni predicţii ce se autoîmplinesc.

2. *Fă mai mult din comportamentele pozitive sau excepţii!* (atunci când acestea sunt percepute ca deliberate şi sub controlul clientului). Dacă interviul produce excepţii de la problemă sau identifică manifestarea unor comportamente aflate în domeniul soluţiei – despre care clientul afirmă că le poate produce deliberat –, atunci instruim clientul să continue să producă aceste excepţii şi să observe ce se întâmplă. Pentru a stimula clientul să-şi asume responsabilitatea şi controlul excepţiilor identificate în cursul interviului, terapeutul trebuie să-i furnizeze acestuia un feedback pozitiv şi să-l provoace prin întrebări.

⇨ ***Exemplu*:**

„Cum ai hotărât să procedezi astfel?";
„Cum explici ceea ce s-a întâmplat (momentele pozitive, excepţiile)?".

3. *Descoperă cum apar excepţiile spontane!* Această prescripţie este, şi ea, expresia principiilor centrării pe aspectele pozitive şi a permanenţei schimbării. Primind o astfel de prescripţie, pacientul – la fel ca atunci când priveşte o imagine dublă – îşi schimbă perspectiva

asupra situaţiei sale: în loc să se centreze asupra problemei, se va centra asupra aspectelor pozitive. La fel cum centrarea pe problemă poate induce şi agrava problema, centrarea pe aspectele pozitive şi pe excepţii poate declanşa şi accentua evoluţia pozitivă a clientului. Pentru a crea aşteptări pozitive, prescripţia poate lua următoarea formă: „Deoarece oricând pot apărea momente în care te simţi bine, trebuie să fii mereu atent la ceea ce faci şi gândeşti pentru a te simţi bine; altfel, nu vei putea să-mi spui cum anume au apărut aceste stări sau comportamente pozitive".

4. *Fă puţin din elementele soluţiei ipotetice!* Se poate întâmpla ca, în cursul interviului, să nu identificăm excepţii de la problemă sau comportamente pozitive, şi singurele informaţii care să poată fi utilizate pentru continuarea terapiei să fie doar cele referitoare la soluţiile ipotetice. În acelaşi timp, nu putem trimite pacienţii acasă spunându-le să practice soluţiile ipotetice, deoarece acestea – după cum am văzut – sunt încă de domeniul miracolului. De aceea, trebuie să dezvoltăm cu clientul un proces de negociere şi „experimentare". La întrebarea-miracol sau la variante ale acesteia, clientul enumeră o serie de comportamente a căror manifestare va semnifica pentru acesta dispariţia problemei. Terapeutul trebuie să provoace descrieri cât mai detaliate ale acestui viitor fără probleme. Cu cât aceste descrieri sunt mai amănunţite şi cuprind comportamente mai variate, cu atât putem identifica mai uşor, împreună cu clientul, unul sau mai multe comportamente care să poată fi puse în act până la şedinţa următoare. Să presupunem că un elev – care are probleme cu colegii la şcoală – răspunde la întrebarea-miracol enumerând următoarele comportamente: „Aş discuta cu colegii în timpul pauzelor, aş împrumuta cărţi colegilor, mi-aş exprima uşor opinia atunci când ea diferă de cea a colegilor, i-aş invita pe unii dintre ei acasă, aş juca cu ei fotbal în timpul liber etc.". În acest caz, terapeutul poate întreba: „Care dintre aceste comportamente crezi că ar putea fi puse în act, să le «experimentezi» până la viitoarea noastră întâlnire?".

4.4. Intervenţii asupra schemelor comportamentelor-simptom

Terapia centrată pe soluţie îşi propune, între altele, schimbarea felului în care clienţii acţionează în situaţii percepute ca problematice. Oamenii devin, deseori, prizonierii unor stereotipuri comportamentale ineficiente ; referindu-se la acest fapt, psihanaliştii vorbesc despre compulsia la repetiţie, iar reprezentanţii Şcolii de la Palo Alto, despre „soluţii ce menţin problema". Schimbările în felul de a acţiona pot antrena o schimbare în cadrul de referinţă al clienţilor şi, prin aceasta, pot evidenţia resurse noi uitate. În plus, o schimbare iniţială, chiar minoră, poate antrena un ciclu ulterior al schimbării, care să-l apropie pe client de obiectivul său.

Iată câteva tipuri de intervenţii propuse de O'Hanlon şi Weiner-Davis (1995) pentru modificarea schemelor comportamentelor-problemă. Multe dintre acestea îşi au originea în teoria şi practica terapeutice, promovate de M. Erickson şi reprezentanţii Şcolii de la Palo Alto :

a) Modificarea frecvenţei sau a ritmului.
b) Schimbarea organizării simptomului în timp.
c) Schimbarea locului de desfăşurare a simptomului.
e) Introducerea unui element nou în schema de desfăşurare a simptomului.
f) Schimbarea succesiunii elementelor sau a evenimentelor în schema de desfăşurare a simptomului.
g) Divizarea schemei simptomului în elemente mai mici.
h) Legarea desfăşurării simptomului de unele activităţi neplăcute.

4.5. Menţinerea şi amplificarea schimbării terapeutice

Am amintit deja că schimbarea se manifestă tot timpul ; sarcina terapiei este aceea de a orienta această schimbare într-un sens pozitiv, de a o menţine şi amplifica. Pentru atingerea acestui obiectiv, terapeutul/consilierul poate utiliza mai multe strategii (O'Connell, 1998). Strategiile pot

fi concretizate într-un număr de întrebări ce orientează comportamentul clientului spre atingerea scopului pentru care s-a prezentat la terapie :

1. *Strategii de menţinere* : Ce anume trebuie să se întâmple pentru ca schimbările să continue să se manifeste ? Ce ar putea să împiedice manifestarea lor ? Cum ai putea depăşi aceste obstacole ? Ce ar merita să faci din nou (poate într-o formă uşor schimbată) ? Ce crezi că ar trebui să continue din tot ceea ce faci ? Care ar fi primul lucru pe care îl vei face de îndată ce vor apărea primele semne că problema se manifestă din nou ? Cine ar putea să te ajute să faci toate acestea ?
2. *Strategii de învăţare* : Cum te-ai hotărât să faci aceasta ? Ce ai învăţat din tot ce ai făcut până acum ? Ce ai învăţat să nu mai faci ? Ce faci pentru a rezista să nu mai faci acest lucru din nou ? Ce vei câştiga când vei abandona „falsele soluţii" ? Ce ai învăţat despre ceea ce ar trebui să faci în locul acestora ? Cum vei fi în stare să-ţi aminteşti ceea ce ai învăţat dacă problema apare din nou ? Există vreo strategie pe care te gândeşti să o experimentezi ? Există anumite aspecte ale problemei pe care simţi că trebuie să le ignori şi altele pe care crezi că trebuie să le schimbi ?
3. *Strategii de evaluare* : Consideri că această terapie te ajută ? Schimbările care apar sunt în direcţia dorită de tine ? Scopurile tale au rămas aceleaşi ori s-au modificat ? Ce ar trebui să facem noi mai mult sau mai puţin ? Este ceva care lipseşte şi crezi că eu ar trebui să ştiu acest fapt ? Ce altceva ar trebui să ştiu pentru a te ajuta mai bine ?

Structura celei de-a doua şedinţe de terapie şi a următoarelor depinde de natura, importanţa şi magnitudinea schimbărilor raportate de clienţi. Simplificând situaţia, aplicând criteriul amintit, pacienţii pot fi împărţiţi în trei mari grupe (O'Hanlon şi Weiner-Davis, 1995) :

- grupul „miracol" ;
- grupul „aşa şi aşa" ;
- grupul „la fel sau mai rău".

Strategia adoptată în a doua şedinţă se realizează în funcţie de grupul în care se plasează clientul.

Grupul „miracol". Clienţii care fac parte din acest grup relatează în detaliu schimbările pozitive ce s-au produs de la şedinţa precedentă.

Terapeutul va utiliza adecvat întrebări aparţinând strategiilor de menţinere, de învăţare sau evaluare. De pildă, terapeutul poate întreba: „Ce ar trebui să faci pentru ca aceste schimbări să continue să se manifeste?". Pentru a explora eventualele dificultăţi privind continuarea comportamentelor pozitive, terapeutul va folosi întrebarea: „S-ar putea produce ceva în săptămânile următoare care să pună sub semnul întrebării aceste schimbări pozitive?". În cazul unui răspuns afirmativ, terapeutul va continua: „Ce anume ar putea fi?" (se solicită descrieri detaliate), „Cum *altfel* vei reacţiona de această dată?".

Grupul „aşa şi aşa". Se poate întâmpla ca după întrebarea obişnuită: „Deci, ce lucruri pozitive s-au întâmplat în săptămâna care s-a scurs de la ultima noastră întâlnire?", clientul să înceapă să vorbească despre momentele dificile pe care le-a avut. În astfel de cazuri, terapeutul/consilierul va întrerupe politicos clientul, asigurându-l că vor reveni asupra dificultăţilor mai târziu, şi-l va invita să-i relateze aspectele pozitive, chiar aparent minore. Discutarea aspectelor pozitive creează un climat favorabil abordării ulterioare a momentelor dificile. În plus, clientul va învăţa că drumul cel mai scurt către soluţii îl reprezintă analiza reuşitelor lui, a momentelor pozitive pe care, într-un fel sau altul, le-a provocat. Revenind asupra momentelor dificile, putem evidenţia apariţia unor schimbări: „Cum altfel decât până acum aţi făcut faţă acestor dificultăţi?".

Cu pacienţii aparţinând acestui grup putem utiliza aşa-numitele *întrebări scalare* (*scaling questions*), dezvoltate de Centrul de Terapie Familială Scurtă (Shazer). Acestea sunt utile pentru identificarea, menţinerea şi amplificarea schimbărilor. Se cere clienţilor să evalueze, pe o scară de la unu la zece, situaţia lor înainte de debutul terapiei (sau când situaţia lor era dificilă). Apoi li se cere să-ţi evalueze starea din ultima săptămână cu ajutorul aceleiaşi scări. În sfârşit, sunt apoi întrebaţi ce notă i-ar mulţumi pentru săptămâna următoare. Această ultimă întrebare le permite clienţilor să realizeze că lucrurile nu trebuie să fie perfecte pentru a fi mulţumiţi.

Astfel, dacă un client evaluează starea lui înainte de începerea terapiei cu „2" şi cea din săptămâna trecută cu „6", el spune apoi că pentru a fi mulţumit ar trebui să-şi poată da nota „8", putem continua: „Poţi descoperi unul, două lucruri pe care ai putea să le faci săptămâna viitoare şi următoarea pentru a ajunge la nota «7»?". Trebuie să ne

asigurăm că răspunsurile clientului se referă la comportamente posibile, apoi formulăm următoarea prescripţie: „Între întâlnirea de azi şi cea de săptămâna viitoare, remarcă şi notează toate lucrurile pe care le faci şi ce te-ar putea determina să-ţi atribui nota «7»".

Grupul „la fel sau mai rău". Când clienţii declară că lucrurile au rămas neschimbate – trebuie să ne amintim că schimbarea se manifestă tot timpul; dacă ei afirmă că situaţia lor s-a înrăutăţit, este posibil ca doar unele elemente ale situaţiei lor să se fi agravat, în timp ce altele să fi avut o evoluţie pozitivă. De aceea, o descriere detaliată a evenimentelor din săptămâna precedentă este foarte utilă. Dacă situaţia terapeutică pare blocată, adoptând o perspectivă sistemică, trebuie să ne întrebăm dacă în cabinetul nostru se află persoana care trebuie; deseori familia, de pildă, „desemnează" pe unul dintre membrii săi drept purtătorul problemei, deşi acesta afirmă că el nu are nici o problemă. Pentru a provoca o schimbare terapeutică, trebuie să se acţioneze asupra persoanelor care percep şi trăiesc problema; ele sunt suficient de motivate pentru a se angaja într-un travaliu terapeutic eficient şi tot ele pot să ne semnaleze, corect, dacă terapia progresează sau nu.

Dacă terapia bate pasul pe loc, trebuie să ne întrebăm:

a) „Cine este clientul nostru?", „Cine se plânge şi de ce anume?", „Cine doreşte schimbarea?", „Cine percepe problema?";
b) „Care este obiectivul?", „Cum vom şti dacă l-am atins?".

Între riscurile pe care le implică terapia este şi cel care decurge din practicarea de către terapeut a unor „soluţii ce menţin problema", adică perseverarea în aplicarea unor demersuri care nu s-au dovedit eficiente la primele încercări. În această situaţie trebuie să ne amintim ce spunea A. Watts (1966, *apud* O'Hanlon, Weiner-Davis, 1995, p. 184): „Problemele ce rămân fără soluţie pe termen lung trebuie întotdeauna să ne facă să ne gândim dacă nu cumva este vorba de o întrebare prost pusă".

Desigur că, dacă nu obţinem rezultatele aşteptate într-un timp rezonabil, noi sau clienţii noştri trebuie să luăm decizia de a ne opri.

Capitolul 5

Psihoterapiile dinamice de scurtă durată

5.1. Terapii psihodinamice scurte – perspectivă integrativă

În condiţiile în care categoria psihoterapiilor dinamice de scurtă durată ni se înfăţişează ca o entitate ce cuprinde forme de abordare multiple, fiecare dintre ele posedând o identitate distinctă, o fundamentare coerent-teoretică, tehnici şi metode validate de practica clinică, autorul, care îşi propune prezentarea acestora, se confruntă inevitabil cu o dilemă. Pe de o parte există tentaţia unei prezentări în paralel a acestor metode – variantă îmbrăţişată de altfel de majoritatea autorilor de manuale –, respectiv capitole ce au ca subiect aceste forme de psihoterapie, formulă care permite evidenţierea elementelor comune, respectiv a celor care asigură diferenţierea acestora. Rezultatul unui astfel de demers poate fi un text elegant, bine documentat, presărat cu exemple clinice – clasice sau extrase din practica autorului –, ce îi va permite cititorului nefamiliarizat cu domeniul prezentat conturarea unei imagini asupra universului terapiilor dinamice scurte. Nu este mai puţin adevărat nici faptul că, optând pentru această soluţie, autorul îşi asumă inevitabil pentru modalităţile de intervenţie prezentate în textul predat editurii soarta paralelelor, condamnate la coexistenţă veşnică în bagajul de cunoştinţe al cititorului, dar excluzând întâlnirea. Or, asta echivalează cu căderea în păcatul prea frecvent comis de tratatele de psihoterapie, ce confundă integrarea diferitelor metode de psihoterapie – deziderat al unui grup din ce în ce mai numeros de teoreticieni şi practicieni din domeniu – cu

adunarea acestora „la grămadă”, lăsând astfel tocmai în sarcina celor pe care ar dori să-i (in)formeze (adică cititorilor) găsirea celor mai eficiente modalităţi de integrare a lor într-o strategie eficientă.

Pe de altă parte, clinicianul confruntat cu sarcina prezentării unui domeniu atât de complex cum este cel al psihoterapiilor dinamice de scurtă durată poate fi atras de varianta mult mai nesigură a prezentării propriilor modalităţi de integrare a diferitelor abordări, strategii tributare atât lecturilor sale, cât şi experienţei dobândite în cadrul practicării psihoterapiei. Riscurile de această dată sunt atât de evidente, încât nici nu surprinde reticenţa majorităţii autorilor de a şi le asuma. Cele de ordin didactic sunt printre primele care pot fi invocate : prezentarea integrată ameninţă cu pierderea identităţii diferitelor metode ; astfel, cititorul nu se va mai alege cu o colecţie de cutiuţe meticulos ordonate, în care fiecare abordare, sistematic şi temeinic prezentată, îşi are locul binemeritat. Mai mult chiar, decuparea unor aspecte dintr-o metodă sau alta riscă să poarte amprenta subiectivităţii autorului, lăsând elemente importante, dar nesimpatizate sau neînţelese în profunzimea lor de către acesta, pe raftul bibliotecii şi favorizând eventual altele, mai puţin semnificative sau definitorii. În ceea ce priveşte acuzaţiile de „erezie” sau „superficialitate”, acestea sunt printre cele mai des vehiculate, la adresa nechibzuiţilor autori, de către reprezentanţi mai ortodocşi ai metodelor ciopârţite pe altarul integrării. Puţini dintre cei care s-au încumetat să adune elemente de ici-colo pentru a le integra într-un angrenaj construit strategic se pot lăuda că li s-ar fi rezervat un loc de cinste în fieful vreuneia dintre metodele din care s-au împrumutat. Avertizându-şi colegii să nu dea aurul psihanalizei pe metalul lipsit de nobleţe al psihoterapiei, Freud a iniţiat o tradiţie şi în domeniul atitudinii faţă de cei ce se abat de la algoritmul unei metode (oricare ar fi aceasta !). Adepţii „terapiilor manualizate”, care prescriu pas cu pas ce ar trebui să facă terapeutul angrenat în tratamentul unei probleme – chiar dacă putem bănui că puţini dintre ei şi-ar asuma o comuniune cu fondatorul psihanalizei –, nu sunt decât continuatori, probabil chiar mai feroce, ai acestei tradiţii. Mai mult chiar, unele direcţii de dezvoltare contemporană a psihoterapiilor – susţinute chiar de către o comisie de resort a Asociaţiei Psihologilor Americani (APA) – par a fi extrem de nefavorabile unei abordări integrative sau eclectice. Mişcarea ce-şi propune să impună pe „piaţa” terapiilor forme de intervenţie validate

empiric, prin demonstrarea eficienţei unui algoritm psihoterapeutic descris la modul precis, chiar rigid într-un manual, în tratarea unei tulburări riguros definite (de exemplu, prin criteriile DSM), a fost iniţiată de Comisia pentru Promovarea şi Diseminarea Procedurilor Psihologice, creată în cadrul Diviziei 12 (Psihologie clinică) aflate în componenţa APA (Division 12 Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures). Eforturile comisiei au fost materializate până acum prin publicarea a două liste (Chambless *et al.*, 1998; Chambless şi Ollendick, 2001) care cuprind, ambele, terapii a căror eficienţă a fost dovedită (Well-Established Treatments), respectiv care pot fi considerate „probabil eficiente" (Probably Efficacious Treatments). Cea de-a doua listă a fost completată, în urma luării în consideraţie a unor sugestii venite din partea mai multor specialişti care au elaborat la rândul lor clasificări alternative, cu categoria terapiilor „promiţătoare". Recent, procedura a fost propusă pentru adoptarea de către mişcarea psihanalitică în discursul prezidenţial adresat de Gray (2003, p. 3) membrilor Academiei Americane de Psihanaliză, autoarea recunoscând deschis nevoia unei fundamentări empirice a eficienţei intervenţiilor psihodinamice în condiţiile în care, în secolul trecut, acestea ar fi fost bazate mai mult pe convingere şi susţinând răspicat că aşteaptă ca secolul XXI să fie al psihanalizei fundamentate pe dovezi ştiinţifice ale eficacităţii („We may look forward to an evidence based psychoanalysis in the 21st century").

Nu este mai puţin adevărat nici faptul că lucrările comisiei au stârnit un val de controverse cum nu mai cunoscuse de multă vreme ringul dezbaterilor din cadrul psihologiei. Exprimarea poziţiilor pro sau contra a îmbrăcat cele mai diverse forme pe scara reacţiilor, variind de la cele pur emoţionale la exprimarea pertinentă a argumentelor de ordin teoretic, metodologic sau practic. Legitimate de recunoaşterea faptului că, de multe ori, ideologii sau metode ale unor forme de psihoterapie nou create au fost acceptate şi îmbrăţişate înainte de a-şi fi demonstrat prin rezultate empirice superioritatea faţă de alte metode (vezi, de exemplu, Howard *et al.*, 2000) sau, mai grav chiar, înainte de a se fi demonstrat că ar fi pur şi simplu eficiente, eforturile mobilizate în vederea identificării intervenţiilor validate empiric sunt bazate – în opinia multor practicieni, teoreticieni şi chiar cercetători – pe o viziune mult prea îngustă asupra domeniului pentru a putea discerne tratamentele cu

adevărat eficiente de cele ale căror promisiuni nu pot fi confirmate. Cea mai notabilă critică formulată la adresa rapoartelor Chambless este cea rezumată de Norcross şi Hill (2004), a cărei greutate se datorează faptului că vine din partea unei alte comisii formate în cadrul Diviziei 29 (Psihoterapie) a APA, deci tocmai din partea acelor specialişti, care, dincolo de faptul că sunt cei ce practică în mod efectiv terapia, îmbrăţişează în egală măsură standardele ştiinţifice ale APA. Apreciind eforturile comisiei conduse de Chambless ca „nobile" în intenţie şi demne de respect prin încercările de a „distila cercetarea ştiinţifică în aplicaţiile clinice, respectiv în ghidarea practicii şi formării", autorii remarcă reuşita demersului menit să demonstreze faptul că psihoterapia se dovedeşte – ca rezultat al scrutinului empiric – la fel de eficientă ca şi cele mai bune intervenţii din domeniul ocrotirii sănătăţii. Pe de altă parte însă, rezultatele sunt considerate incomplete şi potenţial înşelătoare, neajunsurile fiind puse cu eleganţă pe seama dificultăţilor întâmpinate de orice întreprindere cu caracter de pionierat.

Un prim neajuns, semnalat de Norcross şi Hill (2004), l-ar constitui neglijarea relaţiei terapeutice, adică a acelei „calităţi interpersonale care conferă substanţă şi consistenţă contribuţiilor la rezultatele terapiei, independent de tipul specific al tratamentului", şi se apreciază chiar, prin prisma unor cercetări de dată recentă, că ar deţine o pondere egală cu cea a tratamentului specific în determinarea rezultatelor intervenţiei. În al doilea rând, se reclamă că demersurile comisiei Chambless au omis să ia în calcul, dincolo de încadrarea diagnostică, potrivirea diferitelor forme de terapie cu caracteristicile clienţilor individuali, în condiţiile în care intervenţiile sunt selectate în practică nu doar pe baza diagnosticului DSM, ci şi pe cea a caracteristicilor personale ale potenţialilor beneficiari, a înclinaţiilor şi viziunii acestora asupra lumii.

Răspunsul Diviziei 29 la sesizarea acestor neajunsuri a constat în crearea unei comisii ce a oferit ca alternativă identificarea, operaţionalizarea şi diseminarea informaţiilor asupra relaţiilor terapeutice suportate empiric. Acest demers îşi propune să răspundă în egală măsură la întrebările: „Ce funcţionează eficient – în general – în cadrul unei relaţii terapeutice?" şi „Ce funcţionează cel mai bine în cazul unor clienţi particulari?".

Apariţia formelor de tratament standardizate a atras după sine formularea unor critici adesea întemeiate. Astfel, s-a invocat faptul că manualele

ar exercita o constrângere asupra practicii clinice, reprezentând o piedică în luarea de către terapeuţi a unor decizii importante, ca răspuns la nevoile particulare ale unor clienţi, respectiv în demersul adaptării intervenţiei la caracteristicile individuale ale persoanelor luate în tratament. Apreciind acest pericol ca fiind unul real în măsura în care terapeuţii ce recurg la manuale de terapie nu sunt avertizaţi cu privire la utilizarea flexibilă a acestora, trebuie să remarcăm în egală măsură şi faptul că multe manuale formulează explicit indicaţii ce vizează tocmai adaptarea intervenţiei la realităţile imediate ale terapiei. Aceste indicaţii se referă la modul în care intervenţiile concrete pot fi selectate, aplicate la momentul oportun şi ajustate, astfel încât impactul lor să promită că va aduce un maximum de eficienţă, respectiv în care nevoile clientului pot fi identificate, iar obiectivele imediate ale demersului terapeutic, potrivite încât să răspundă în cea mai mare măsură acestora. Un exemplu concludent în acest sens este cel al manualului elaborat de Luborsky (1984), care sugerează deplasarea accentului dinspre tehnicile expresive (interpretative) înspre cele suportive în cazul clienţilor ce prezintă simptome mai accentuate, respectiv un istoric al funcţionării sociale precare. Două studii recente, semnate de Connolly Gibbons *et al.* (2002; 2003), au demonstrat că terapeuţii formaţi în tradiţia psihoterapiilor manualizate fac dovada unei flexibilităţi satisfăcătoare în adaptarea intervenţiei la caracteristici ale clientului ce ţin de nivelul depresiei, al disconfortului trăit în cadrul interacţiunilor interpersonale, de perceperea empatiei terapeutului în cadrul şedinţelor terapeutice, respectiv de nivelul elaborării narative. În altă ordine de idei, aderarea terapeuţilor luaţi în studiu la abordarea cognitiv-comportamentală, respectiv interpersonală, a fost decisivă în definirea modului concret în care aceştia şi-au ajustat intervenţia după nevoile concrete ale clienţilor, subliniind faptul că flexibilitatea terapeutului îşi găseşte expresia în cadrul şi limitele oferite de tradiţia în care a fost format. Rezultatele studiului efectuat de Anderson şi Lambert (1995) sugerează de asemenea faptul că terapeuţii ce îşi ghidează intervenţia după manuale s-ar distinge printr-o eficienţă superioară.

Pe de altă parte, ne putem aştepta din partea manualelor de terapie să ofere o prezentare mai acurată a metodelor şi tehnicilor, să operaţionalizeze mai precis termenii folosiţi pentru descrierea intervenţiilor şi să definească mai exact modurile cum pot fi identificate acele momente

terapeutice în care recurgerea la acestea este indicată. Includerea unor scale de evaluare, atât ale clientului, cât şi ale intervenţiilor terapeutului, prezintă nu doar avantajul posibilităţii de cuantificare a acestor aspecte, deşi acesta nu este deloc neglijabil în condiţiile în care accentul pus pe obiectivarea unor decizii terapeutice, respectiv pe eficienţa acesteia, este din ce în ce mai mare. Apreciem că, în egală măsură, itemii acestor scale pot reprezenta veritabile instrumente de orientare a atenţiei, respectiv a activităţii terapeutului, chiar în condiţiile în care nu găseşte oportună utilizarea acestora ca instrumente de măsurare. Printre meritele greu de contestat ale manualelor terapeutice putem aminti şi faptul că acestea asigură o practică solidă – în linii mari cel puţin – a terapeuţilor care se recomandă ca utilizatori ai aceleiaşi metode. Considerăm totodată că recurgerea la îndrumările unor manuale este perfect compatibilă şi cu abordarea strategică a psihoterapiei, în cadrul căreia intervenţiile concrete ale terapeutului nu sunt dictate de aderarea la o şcoală particulară de terapie, ci de aprecierea faptului că, în contextul momentului dat, o anumită „manoperă terapeutică" promite să furnizeze beneficii maxime prin raportarea la nevoile clientului. Ceea ce recomandă pentru aceste cazuri recurgerea la manuale este în egală măsură formularea unor indicaţii precise pentru momente ale terapiei similare celui cu care terapeutul se confruntă, cum ar fi descrierea acurată a modului în care poate fi efectuată intervenţia.

Având în vedere considerentele expuse mai sus, credem că demersul nostru descriptiv va fi cu atât mai satisfăcător cu cât se va apropia mai mult de exigenţele unui manual de psihoterapie, în condiţiile în care spaţiul limitat avut la dispoziţie nu ne permite să ne conformăm întru totul acestora. Astfel, ne-am străduit să oferim o descriere cât mai clară şi precisă a secvenţelor implicate de intervenţia terapeutică, recurgând, ori de câte ori acest lucru a fost posibil, la prezentarea lor algoritmizată. De asemenea, tot în vederea asigurării unui spor de precizie a descrierii, respectiv a intervenţiei pe care o fundamentează, am anexat diferitelor secvenţe scale de evaluare, cu valoare în primul rând orientativă. Apreciind că nimic nu poate egala forţa de ilustrare a exemplelor clinice, vom recurge la ele de fiecare dată când vom considera că pot aduce o contribuţie importantă la o mai bună înţelegere a intervenţiei descrise, la concretizarea acesteia. În altă ordine de idei, vom căuta să prezentăm pe parcurs date referitoare la validarea unora dintre conceptele

implicate, furnizate de cercetări ştiinţifice de dată recentă, dar şi concepţii înrudite asupra fenomenelor avute în vedere, provenite din alte orientări decât cea psihodinamică sau psihanalitică. În sfârşit, sperăm să accentuăm în cât mai multe rânduri pe parcursul acestei lucrări principiul aplicării flexibile a tehnicilor prezentate. Dorim să introducem în acest context conceptul de „flexibilitate responsabilă", menit să sublinieze faptul că ajustarea intervenţiei după nevoile clientului nu se face în cadrul unei „navigări" după inspiraţia de moment sau intuiţia liber flotantă, ci luând în calcul atât datele furnizate de persoana aflată în tratament, cât şi principiile fundamentale ale intervenţiei terapeutice.

5.2. Elemente definitorii

Psihoterapiile dinamice de scurtă durată îşi definesc identitatea atât prin limitarea în timp a intervenţiilor, cât şi prin fundamentarea în psihanaliză a cadrului conceptual prin care filtrează problemele luate în tratament, respectiv a principiilor pe baza cărora sunt elaborate strategiile terapeutice.

Ursano şi Norwood (2000) atrag atenţia asupra faptului că, deşi multă vreme expresia *psihoterapii scurte* a fost utilizată ca sinonim pentru tratamentele „suportive" – fiind deosebite astfel de cele de „lungă durată", considerate echivalente ale „terapiilor de explorare" –, această viziune nu se mai justifică, întrucât încadrarea într-una sau alta dintre categoriile definite prin durata tratamentului nu prezintă nici o relevanţă din punctul de vedere al tehnicii utilizate, al temelor abordate sau al obiectivelor vizate. Principala caracteristică distinctivă a psihoterapiilor scurte faţă de cele etichetate drept „lungi" o constituie limitarea duratei intervenţiilor, şi nu preferinţa manifestată în direcţia unui anumit tip de abordare a terapiei în defavoarea altora. Practic, foarte multe dintre marile şcoli psihoterapeutice şi-au dezvoltat propria variantă de scurtă durată, dacă nu s-au constituit chiar ele însele ca o formă de tratament limitată în timp.

Psihoterapiile de scurtă durată sunt, în general, mai focalizate decât intervenţiile proiectate pe termen lung, fiind în mai mare măsură orientate pe „aici şi acum". Din acest punct de vedere, cele de orientare dinamică se apropie categoric în mai mare măsură de „suratele" ce îşi

propun şi realizarea obiectivelor terapeutice în condiţiile limitării în timp a intervenţiei, dar sunt ancorate în alte orientări teoretice. Psihoterapiile dinamice de scurtă durată sunt apreciate în general ca fiind intervenţii utile pentru rezolvarea unor probleme oarecum precis circumscrise, pentru înlăturarea unor simptome specifice sau pentru restaurarea nivelului funcţional al clientului. Astfel, Powers şi Alonso (2004) consideră că psihoterapiile dinamice de scurtă durată abordează arii bine circumscrise ale investigării şi nevoi ţintite ale clienţilor, la un anumit moment. Totuşi, după cum constată Fosha şi Slowiaczek (1997), fundamentarea acestor forme de tratamente psihologice în teoria psihanalitică face ca practicienii lor să vizeze în egală măsură cu colegii lor angrenaţi în intervenţiile de mai lungă respiraţie modificări profunde ale personalităţii clienţilor.

Pe de altă parte, psihoterapiile dinamice de scurtă durată adoptă un model teoretic şi o abordare metodologică ce le înrudeşte categoric cu terapiile de inspiraţie psihanalitică şi le deosebeşte în mare măsură de celelalte intervenţii de scurtă durată. Astfel, dacă acestea din urmă nu vizează de regulă reconstituirea originii conflictelor, ci caută mai degrabă să identifice tiparele defensive şi tulburările manifestate pe planul relaţiilor interpersonale, ce pot fi detectate atât în cadrul terapiei, cât şi în viaţa de zi cu zi a clientului, terapeuţii angrenaţi în practicarea psihoterapiilor dinamice de scurtă durată îşi fixează la modul explicit ca obiectiv explorarea rădăcinilor problemelor actuale ale clientului, localizate în trecutul persoanei. În cadrul altor forme ale terapiilor scurte, sarcina terapeutului constă în a depista elementele de continuitate ce sunt prezente, deşi sub o formă mascată, între şedinţele terapeutice, pornind de la ipoteza că fiecare dintre întrevederile cu clientul este legată de precedenta discuţie cu acesta, pe când practicienii psihoterapiilor dinamice de scurtă durată caută să evidenţieze continuitatea dintre relaţiile actuale ale clientului, a căror expresie nemijlocită poate fi desluşită chiar în cadrul relaţiei cu terapeutul, şi tiparele de relaţionare elaborate în cadrul interacţiunilor cu persoanele semnificative din primii ani de viaţă ai clientului.

În accepţiunea lui Chessick (2000a), psihanaliza poate fi concepută ca un sistem de convingeri împărtăşite de un grup de terapeuţi, supus unui proces continuu de revizuire pe baza datelor acumulate de experienţa practică individuală a practicanţilor ei şi pe cea a comunicării

între aceşti specialişti. Anderson (2003) consideră aserţiunea conform căreia ceea ce constituie o problemă într-un anumit domeniu – de exemplu, reacţiile faţă de stres sau de relaţiile interpersonale – se transformă într-o problemă în orice sferă, ca fiind una dintre tezele fundamentale ale oricărei terapii de orientare psihodinamică. Astfel, aceste abordări sunt de acord în a susţine că sarcina terapeutului constă în identificarea conflictului central din viaţa clientului şi în focalizarea asupra rezolvării acestuia. Se aşteaptă totodată din partea acestei concentrări a eforturilor terapeutice asigurarea încadrării în limitele de timp rezervate ameliorării globale sau, pentru a folosi formula propusă de Gustafson (1984), „rezolvării problemei capacităţilor absente". Se speră că în urma intervenţiei încununate de succes, clientul va fi capabil să integreze eficient în viziunea sa psihologică noua înţelegere dobândită asupra problemelor sale şi a modului său de a funcţiona.

Alexander (1967) întocmeşte următoarea listă a principiilor psihodinamice esenţiale ce posedă o fundamentare observaţională solidă şi reprezintă zona de consens pentru teoreticienii şi practicienii psihanalizei, indiferent de orientarea acestora:

1. Pe parcursul tratamentului, materiale inconştiente (reprimate) devin conştiente, fapt care contribuie la extinderea razei de acţiune a ego-ului conştient. În consecinţă, ego-ul dobândeşte cunoştinţe asupra impulsurilor inconştiente şi, implicit, capacitatea de a coordona integrarea acestora în restul conţinuturilor conştiente.
2. Mobilizarea materialului inconştient se realizează în principal prin doi factori fundamentali ai psihoterapiei: (a) interpretarea materialului furnizat de asociaţiile libere şi (b) trăirea emoţională de către client a experienţei interpersonale furnizate de relaţia terapeutică (transferul).
3. Clientul manifestă rezistenţă faţă de luarea la cunoştinţă a conţinuturilor inconştiente, învingerea acestor rezistenţe reprezentând una dintre principalele provocări de ordin tehnic cu care se confruntă terapeutul.
4. În mod firesc, mai devreme sau mai târziu, clientul îşi îndreaptă atitudinile nevrotice tipice în direcţia terapeutului, mobilizând emoţii şi tipare (patternuri) comportamentale dezvoltate în perioada copilăriei, rezolvarea acestor raportări disfuncţionale devenind obiectivul tratamentului.

Apreciem ca demnă de interes din acest punct de vedere poziţia exprimată de Eissler, care definea metoda psihanalitică pornind de la obiectivele acesteia, considerând ca relevante nu atât modalităţile tehnice utilizate, cât mai degrabă deschiderea şi flexibilitatea orientate spre scop. În concepţia lui Eissler, poate fi considerată psihanalitică orice tehnică ce recurge la instrumente psihoterapeutice în vederea modificării structurale a personalităţii sau care reuşeşte să îndeplinească acest obiectiv. În acest context, autorul citat consideră că este lipsită de relevanţă programarea periodică sau ocazională a şedinţelor, respectiv recursul la canapea sau la discuţiile faţă în faţă (*apud* Thomä şi Kächele, 1999).

Considerăm relevante din punctul de vedere al viziunii pe care o datorăm psihanalizei lucrarea lui Goldfried (2004), care prezintă rezultatele unei investigaţii efectuate cu trei ani în urmă, în cadrul căreia reprezentanţi de marcă ai unor şcoli terapeutice diferite (psihanaliză, terapii cognitiv-comportamentale, respectiv experienţiale) au fost invitaţi să reflecteze asupra dezvoltării personale ca exponenţi ai metodei în care s-au format, asupra punctelor forte ale orientării pe care o reprezintă etc. Întrucât în cadrul prezentei lucrări suntem interesaţi de concluziile ce au putut fi desprinse cu privire la terapia psihanalitică, prezentăm în continuare sumarul acestora. Astfel, terapeuţii în cauză s-au arătat de acord asupra faptului că metoda în care s-au format i-a învăţat că nu este posibil întotdeauna să luăm comportamentul manifestat de client ca atare şi că fiecare aspect subtil înregistrat de observaţia clinică se cere a fi investigat în profunzime. Chiar şi aceia dintre terapeuţii intervievaţi, care s-au format în psihanaliză şi au abandonat-o ulterior în favoarea unei alte orientări (de exemplu, cea comportamentală), au apreciat că pregătirea iniţială i-a ajutat să devină observatori sensibili ai comportamentului uman. S-a remarcat şi faptul că, datorită formării psihanalitice, au dobândit o recunoaştere a faptului că oamenii atribuie o semnificaţie unică întâlnirii unor persoane importante din viaţa lor şi că dezvăluirea istoriei timpurii a dezvoltării clienţilor contribuie la înţelegerea percepţiilor şi a motivaţiilor lor. În sfârşit, terapeuţii formaţi în tradiţia psihanalitică au devenit receptivi la faptul că tiparele comportamentale problematice ale clienţilor se exteriorizează frecvent în contextul relaţiilor interpersonale şi că modalităţile de rezistenţă faţă de schimbarea terapeutică prezentate de clienţi reflectă de regulă acest pattern.

Pentru Gabbard (2001), abordarea informată psihanalitic a diagnosticului şi tratamentului implică recurgerea la un model conceptual particular, caracterizat prin gândirea în termeni de conflicte inconştiente, deficite şi distorsiuni ale structurilor intrapsihice, relaţii interne cu obiectul, transfer, contratransfer şi rezistenţă. În cazul fundamentării gândirii clinicianului pe elementele enumerate, demersurile acestuia pot fi calificate ca informate psihanalitic chiar dacă el nu se angajează formal în practicarea psihanalizei. În acest sens considerăm şi noi justificată definirea modelului prezentat în cele ce urmează ca fiind informat psihodinamic, chiar în condiţiile în care unele dintre elementele intervenţiilor pe care le vom descrie ar putea fi încadrate mai degrabă în categoria celor de suport.

Cu adevărat relevante din punctul de vedere al operaţionalizării psihoterapiilor dinamice sunt acele studii care au recurs la o analiză comparativă a intervenţiilor practicate în cadrul acestor forme de terapie. Astfel, Blagys şi Hilsenroth identifică şapte elemente ce disting terapiile psihodinamice interpersonale de tratamentele cognitiv-comportamentale. Aceste elemente sunt următoarele : (1) focalizarea asupra afectelor şi a exprimării emoţiilor de către client ; (2) explorarea tentativelor clientului de a evita anumite subiecte sau de a se angaja în activităţi ce blochează progresul terapiei ; (3) identificarea patternurilor ce pot fi puse în evidenţă în acţiunile, gândurile, sentimentele, trăirile şi relaţiile clientului ; (4) accentuarea experienţelor anterioare ale clientului ; (5) focalizarea asupra experienţelor interpersonale ale clientului ; (6) accentuarea rolului relaţiei psihoterapeutice ; (7) explorarea dorinţelor, a viselor şi fanteziilor clientului (Blagys şi Hilsenroth, 2000 ; Hilsenroth *et al.*, 2001). Pe de altă parte, Trijsburg *et al.* (2004) au aplicat Scala de evaluare comprehensivă a intervenţiilor psihoterapeutice (CPIRS) pe un număr de 3.604 terapeuţi olandezi, reuşind să identifice 7 factori specifici (intervenţii comportamentale, cognitive, experienţiale, psihanalitice, psihodinamice şi strategice, respectiv proceduri experienţiale) şi alţi 5 factori consideraţi comuni (intervenţiile de tip facilitare, suport autoritativ, antrenare, proces directiv şi structurare). Intervenţiile considerate de către autori *psihanalitice* includ interpretarea reacţiilor defensive, stabilirea de conexiuni între relaţia terapeutică şi alte legături ale clientului, interpretarea dorinţelor, a sentimentelor şi a gândurilor reprimate, stabilirea conexiunilor între trecut şi prezent, explorarea

experienţelor din trecut, atragerea atenţiei asupra sentimentelor inacceptabile şi tăcerea, în timp ce eticheta *psihodinamică* este rezervată stabilirii de legături între ipoteze, dezvăluirii unor patternuri în relaţii, confruntării şi evidenţierii unor tipare în comportamentele sau experienţele clientului. Inclusă iniţial în categoria intervenţiilor psihodinamice, reformularea unor secvenţe comportamentale într-o formă nerecunoscută explicit de către persoană este alăturată în urma analizei statistice a rezultatelor investigaţiilor acelor intervenţii care nu pot fi clasificate.

În psihanaliza modernă, vindecarea se exprimă prin dobândirea maturităţii, ale cărei criterii, identificate de Liegner (2003b), sunt următoarele:

- clientul prezintă o bună stare de sănătate;
- clientul se foloseşte constructiv de şedinţele terapeutice pentru a înţelege modul de funcţionare a propriei persoane, respectiv a celorlalţi;
- acoperă confortabil toate temele relevante – trecutul, prezentul, visele, viaţa sexuală, tratamentul –, producând prin scrutarea acestora efectele terapeutice scontate;
- visele clientului reflectă probleme oedipale şi preoedipale rezolvate;
- clientul prezintă capacitatea de a-şi trăi stările emoţionale, respectiv de a-şi utiliza sentimentele, judecata, educaţia şi experienţele personale pentru a lua decizii constructive;
- în procesul comunicării, clientul spune ceea ce doreşte într-adevăr să transmită (clientul este congruent în comunicare);
- clientul şi-a dezvoltat capacitatea de a tolera în egală măsură bucuria şi suferinţa;
- atât persoanele apropiate (partenerul, rudele, prietenii), cât şi terapeutul apreciază clientul ca fiind o persoană matură.

Chiar făcând abstracţie de imprecizia multora dintre criteriile de mai sus, Liegner recunoaşte că acestea definesc o stare de perfecţiune ce nu poate fi atinsă în mod real, planând chiar riscul ca o persoană care s-ar încadra în întregime în portretul de mai sus să difere în aşa măsură de toţi ceilalţi, încât să fie privită ca exponenta unei nedorite forme a deviaţiei de la normalitate. În condiţiile în care terapeutul este nevoit să renunţe din start la pretenţiile sale de a asista clientul până la atingerea de către acesta a nivelului maturităţii psihice ideale, întrebarea referitoare la momentul terminării tratamentului devine una deosebit de

importantă. Una dintre posibilele modalităţi de a rezolva problema constă în adoptarea politicii promovate de psihanaliza contemporană, care îşi focalizează atenţia cu precădere asupra rezistenţelor ce exercită un efect distructiv asupra terapiei şi descurajează întreruperea tratamentului în primii doi ani, clientul fiind susţinut în eventuala sa decizie de a pune capăt intervenţiei după trecerea acestei perioade. Totuşi, nu este clar ce se întâmplă în cazurile în care rezolvarea rezistenţelor amintite are loc cu câtăva vreme înaintea scurgerii celor 24 de luni sau, dimpotrivă, se prelungeşte peste doi ani. În mod paradoxal, situaţia pare a fi cea mai limpede pentru acei clienţi la care terapia continuată pe o durată nedefinită poate reprezenta chiar un element „salvator al vieţii" (Liegner, 2003b). La aceste cazuri se referea Freud (1937; 1981) în mult citatul lui studiu asupra analizei terminate şi „nesfârşite".

Pe de altă parte, este demnă de luat în consideraţie observaţia lui Fosha (2004), care remarcă faptul că, în condiţiile confruntării cu caracterul finit al existenţei, eforturile depuse pentru a face ca fiecare clipă să conteze reprezintă o caracteristică fundamentală a naturii umane. Laor şi Granek (1997) arată, de asemenea, că, dată fiind propensiunea puternică a persoanei către obiectivele considerate cu adevărat importante (cum sunt cele urmărite în cadrul oricărei intervenţii psihoterapeutice), rezultată din nevoile a căror satisfacere este vizată de atingerea scopurilor în cauză (în cazul psihoterapiei, cea de reducere a disconfortului sau chiar a suferinţei), persoana va căuta să imprime o viteză cât mai mare acţiunilor sale menite să o apropie de ţel. Dacă timpul necesar atingerii obiectivului se prelungeşte, viteza va fi apreciată la modul subiectiv ca fiind mică. Acesta este frecvent cazul terapiilor de lungă durată, în cadrul cărora clientul poate aprecia că ritmul progreselor înregistrate este unul mult prea lent. Dintr-o perspectivă *dinamică*, percepţia timpului este o importantă componentă a ceea ce Winnicott desemna prin termenul *realizare*, descris ca un proces de luare progresivă în stăpânire realităţii. Freud definea, la rândul său, timpul ca fiind un concept a cărui dezvoltare este asociată cu cea a conştiinţei şi a ego-ului, fiind legat organic de principiul realităţii şi de timpul cronometrat obiectiv. Nu întâmplător, simţul timpului evoluează din copilărie până la vârsta adultă, o dată cu capacităţile planificării, ale gândirii logice şi ale tolerării frustrărilor. Ocazional, se poate observa o regresie a aprecierii mature a timpului, ce funcţionează ca o

formă de apărare împotriva unor reacţii emoţionale faţă de presiunea timpului. Astfel, procrastinarea (tendinţa spre amânarea excesivă a mobilizării pentru realizarea sarcinilor cu care se confruntă persoana) poate fi concepută ca o regresie la nivelul simţului acestuia, ce îmbracă forma dilatării timpului, persoana apărându-se astfel de anxietatea generată de apropierea unui *deadline*. Abordând dimensiunea timpului dintr-o perspectivă psihodinamică, Molnos (1997) identifică timpul ca reprezentând – alături de spaţiu, comportamentul dorit şi relaţie – una dintre cele mai importante limite între psihoterapie şi viaţa de zi cu zi, situată ca grad de complexitate între primele două pomenite. Prin asigurarea limitelor, terapeutul îşi exercită, în accepţiunea lui Molnos, dublul rol de participant activ în procesul tratamentului şi de garant al cadrului acestuia. Chiar dacă sunt terapeuţi care, mânaţi de teama că ar putea limita libertatea clientului, întâmpină dificultăţi în impunerea acestor limite – mai ales atunci când sunt confruntaţi cu presiuni venite din partea persoanei tratate pentru depăşirea lor –, este important să se înţeleagă că eficienţa intervenţiei nu este posibilă în absenţa unui cadru terapeutic structurat ferm sau în condiţiile în care limitele asupra cărora s-a căzut de acord prin contractul terapeutic se dovedesc a fi permeabile. Pe de altă parte, autorii de orientare psihodinamică sunt aproape unanimi în a aprecia că estimarea realistă a duratei implică nu doar frustrări, ci şi posibilitatea trăirii sentimentelor de uşurare, satisfacţie şi de îmbogăţire a realităţii interioare.

Din punctul de vedere al psihoterapiilor scurte, o importanţă aparte este conferită *controlului personal asupra timpului*, element indisolubil legat de etapele dezvoltării personale. Capacitatea pe care o avem în vedere se dezvoltă practic până la vârsta adultă, astfel încât maturul ajunge la un control satisfăcător asupra dimensiunii temporale a propriei existenţe. Acest control implică în egală măsură capacitatea de a suporta cu răbdare timpul obiectiv necesar pentru realizarea unei aspiraţii sau tolerarea unui disconfort inevitabil pentru moment (de exemplu, durere), dar şi darul de a accelera acele procese care se pretează la acest lucru. Este lesne de remarcat faptul că, dacă cea dintâi variantă a controlului asupra timpului ocupă primul plan în cadrul terapiilor de lungă durată, cel de-al doilea este exploatat cu precădere în intervenţiile de scurtă durată.

Criteriul limitei de timp impune terapiilor dinamice ce se vor a fi de scurtă durată încadrarea intervenţiei în limitele ce nu pot depăşi – în

cazul formulării celei mai relaxate – 40 de şedinţe, în condiţiile în care majoritatea autorilor recomandă chiar un maximum de 25 de întrevederi terapeutice. Clientul este informat asupra proiectării pe un astfel de termen scurt a intervenţiei chiar din momentul în care terapeutul optează pentru o terapie limitată în timp. După cum vom arăta în paragraful dedicat selectării clienţilor pentru psihoterapiile dinamice de scurtă durată, această decizie este precedată de evaluarea potenţialului care recomandă persoana pentru acest gen de abordare. În mod obişnuit, terapeuţii angrenaţi în acest tip de intervenţii nu precizează din start numărul exact de şedinţe, apreciind ca fiind mai recomandabilă o atitudine flexibilă, adaptată ritmului fiecărui client în parte. Cea mai notabilă excepţie în acest sens este reprezentată de terapia dinamică de scurtă durată preconizată de Mann, autor care apreciază că fixarea unei limite stricte, rigide chiar (12 şedinţe), constituie unica modalitate ce ne permite eliminarea oricărei ambiguităţi referitoare la momentul încheierii tratamentului (Flegenheimer, 1982; Anderson, 2003). Cele până la patru şedinţe terapeutice destinate aprecierii indicaţiei prezentate de client pentru această formă de terapie nu sunt contabilizate printre cele 12, considerate ca aparţinând tratamentului propriu-zis.

Cursul relativ rapid imprimat de psihoterapiile dinamice de scurtă durată şi caracterul condensat al acestor intervenţii obligă terapeutul să fie disciplinat, pragmatic, lipsit de grandiozitate şi angrenat într-o muncă dificilă în fiecare moment al intervenţiei. Etosul recomandat de Fosha (2004) terapeuţilor care practică tratamente de scurtă durată este comprimat în următoarea recomandare: „Munciţi de parcă aceasta ar fi ultima şedinţă". Fosha şi Slowiaczek (1997) remarcă, la rândul lor, următoarele elemente comune ale psihoterapiilor dinamice de scurtă durată, ce au menirea de a accelera tratamentul: focalizarea asupra experienţelor emoţionale din cadrul şedinţelor terapeutice, nivelul crescut al activităţii terapeutului, încurajarea cooperării clientului şi acordarea unei atenţii active limitelor circumscrise în timp ale intervenţiei.

Pe de altă parte, Malan identifică următoarele elemente ca fiind responsabile de prelungirea terapiei: rezistenţa, determinarea exagerată, nevoia de a prelucra rădăcinile din copilăria timpurie a conflictelor, transferul, dependenţa, transferul negativ legat de încheierea tratamentului şi nevroza de transfer. Acestor factori li se adaugă şi caracteristici personale ale terapeutului, care pot antrena un efect similar. Astfel,

predispoziţia terapeutului spre pasivitate, sentimentul atemporalităţii transmis clientului, perfecţionismul, precum şi preocuparea intensă pentru experienţele profunde timpurii au darul de a întârzia foarte mult secvenţa de încheiere a intervenţiei. Prin urmare, este de la sine înţeles că încadrarea în limitele temporare impuse de exigenţele terapiilor psihodinamice de scurtă durată presupune gestionarea eficientă a acestor aspecte (*apud* Ursano şi Norwood, 2000).

Psihoterapiile dinamice de scurtă durată au apărut ca o formă economică de tratament ce vizează realizarea în timpul cel mai scurt cu putinţă a unor obiective limitate, dar au dovedit în timp că pot contribui şi la restructurări profunde ale personalităţii, dovedindu-se cel puţin în cazul unora dintre clienţi la fel de eficiente ca şi intervenţiile mult mai laborioase. Mai mult chiar, ele prezintă şi o serie de avantaje derivate tocmai din limitarea în timp a intervenţiei. Astfel, căutând să redea cât mai repede clientului sentimentul unei existenţe satisfăcătoare, psihoterapiile de scurtă durată pot fi considerate ca răspunzând nevoilor naturii umane şi, prin urmare, ca psihoterapii în adevăratul sens al cuvântului (Fosha, 2004). Pe de altă parte, aceste forme de intervenţie pot aduce o contribuţie hotărâtoare la dezvoltarea sentimentului de control asupra timpului, componentă importantă a competenţelor ce definesc persoana matură. Alt avantaj al psihoterapiilor dinamice de scurtă durată – valabil e drept în cazul unei categorii bine circumscrise de clienţi – este cel subliniat de Shefler (2000), care apreciază că psihoterapia dinamică de scurtă durată se poate dovedi deosebit de utilă în tratarea unor probleme izvorâte fie din procesele de dezvoltare, fie din surse de natură psihopatologică, cu care se confruntă adolescenţii, având în vedere faptul că prin durata limitată a tratamentului se pot evita dificultăţile ce rezultă din rezistenţele pe care aceşti clienţi le prezintă faţă de ataşamentul de lungă durată şi de relaţiile caracterizate prin ambiguitate, pe care le trăiesc ca ameninţări la adresa nevoii lor de independenţă şi autonomie. Credem că această constatare poate fi valabilă şi în cazul altor clienţi ce suportă greu sentimentul de a fi nevoiţi să tolereze o relaţie ce le-ar putea limita libertatea sau în care s-ar confrunta cu sentimentul dependenţei, indiferent de categoria de vârstă în care se încadrează.

5.3. Fundamentele teoretice ale psihoterapiilor dinamice de scurtă durată

Psihoterapiile dinamice de scurtă durată îşi extrag inspiraţia teoretică din psihanaliză. Nu întâmplător, majoritatea conceptelor cu care operează adepţii acestei abordări (procese inconştiente, mecanisme de apărare, rezistenţe, transfer, contratransfer etc.) sunt împrumutate din psihanaliză. Ceea ce face cu adevărat diferenţa este importanţa acordată în cadrul psihoterapiilor dinamice de scurtă durată aşa-numitului „conflict focal", pentru care Mann foloseşte expresia *chestiune centrală* (*central issue*).

5.3.1. *Focusul*

„Focusul" este definit de Bergner (1998) ca fiind acel unic factor a cărui ameliorare va putea avea cel mai puternic impact pozitiv asupra clientului. În mod firesc, acesta este reprezentat de acel conflict dezvoltat în prima copilărie a clientului, ce stă la baza problemelor cu care clientul se confruntă în prezent. Bálint *et al.* (1981) au meritul de a fi sintetizat notele definitorii ale focusului. Astfel, acesta trebuie să fie: (a) formulat la modul *specific*, neacceptându-se exprimări de tipul „complexul lui Oedip" ; (b) *precis circumscris*, şi nu vag conturat, ca de exemplu „relaţia clientului cu mama lui" ; şi (c) *lipsit de echivoc*. Prezentăm în continuare câteva formulări ale problemei centrale realizate de Mann:

> „«Din cele ce îmi relataţi, mi se pare că problema cea mai mare cu care vă confruntaţi este aceea că faptul de a vă vedea aşa cum vă vedeţi în acest moment al existenţei dvs. vă face să fiţi profund decepţionat de propria persoană» ; «Întrucât în viaţa dvs. s-au petrecut atât de multe evenimente neaşteptate şi dureroase, lucrurile vi se par întotdeauna nesigure, şi faptul că nu vă puteţi aştepta la ceva ce ar putea merge bine vă face să fiţi excesiv de nervos. Lucrurile vi se par întotdeauna nesigure» ; «Deşi sunteţi o persoană foarte bine făcută din punct de vedere fizic şi aveţi succese notabile în munca dvs., aţi trăit atât de multă vreme împovărat de teama de neajutorare, încât v-ar subjuga dacă aţi rămâne singur» ; «Deşi aţi dăruit întotdeauna

atât de multe lucruri atât de multor persoane, aţi simţit întotdeauna că nu meritaţi nimic, şi că nici nu primiţi nimic din partea lor»" (*apud* Flegenheimer, 1982, p. 84).

5.3.2. *Conflictul psihologic*

O altă modalitate de a conceptualiza problema focală a unei persoane o constituie identificarea conflictului psihologic fundamental al acestuia. Aşa-numitul *triunghi al conflictelor* (fig. 11) sintetizează acele elemente ce conduc la apariţia conflictelor psihice. Asemenea triunghiului persoanelor, şi acesta se sprijină pe unul din vârfuri, cu alte cuvinte celelalte elemente ale sale îşi au rădăcina în acele conţinuturi care au fost reprezentate la acest vârf. Potrivit lui Malan (1989), la baza conflictului se află *sentimentul ascuns* (*hidden feeling*, prescurtat HF), pe când, în concepţia lui Davanloo (1992a), *impulsul-sentimentul* (I-F – *impulse-feeling*). Primul autor accentuează caracterul inaccesibil al elementelor ce se găsesc la baza conflictului, pe când cel din urmă atrage atenţia îndeosebi asupra potenţialului impulsiv al acestuia. Sentimentele, respectiv impulsurile ce constituie fundamentul conflictului par de regulă inacceptabile sau periculoase pentru persoană ; drept urmare confruntarea cu acestea reprezintă sursa unei anxietăţi greu tolerabile. O a treia poziţie este reprezentată de Molnos (1997), care propune utilizarea simbolului X pentru reprezentarea „*sentimentului real*", rămas necunoscut persoanei. *Anxietatea* (A, respectiv *Anxiety*), care reprezintă cel de-al doilea vârf al triunghiului conflictelor, este legată de posibilele consecinţe cu care persoana anticipează că s-ar confrunta în cazul exprimării sentimentelor „interzise". Simpla luare la cunoştinţă a sentimentului apreciat ca inacceptabil provoacă anxietate, determinând persoana să se apere faţă de aceasta prin recursul la mecanisme eficiente de apărare. McCullough (1998) remarcă asemănarea patternului anxietăţii tratată în cadrul terapiilor comportamentale cu cea abordată de psihoterapiile dinamice de scurtă durată, acestea din urmă fiind totuşi diferite prin faptul că sursa lor nu poate fi localizată în lumea exterioară, ci în universul intrapsihic al persoanei. Pornind de la constatarea că obiectul lor este reprezentat de sentimentele ce ar putea fi trăite de către persoană, ca de exemplu tristeţea, regretul, mânia, supărarea, dorinţa sexuală, bucuria sau surescitarea, McCullough propune desemnarea

acestora prin noţiunea de „fobii de afecte". *Defensa* sau apărarea (D de la *Defence*) completează lista elementelor ce alcătuiesc triunghiul conflictelor. Apărarea constituie acel aspect al conflictului prin intermediul căruia persoana se raportează la situaţiile ce se asociază cu conflictele sale psihologice, respectiv care le evocă pe acestea. Simptomele diferitelor probleme psihice sunt astfel mecanisme de apărare puse în slujba protejării persoanei de neliniştea ce ar rezulta din exprimarea necontrolată a emoţiilor ascunse sau chiar din simpla luare la cunoştinţă a conţinuturilor apreciate ca fiind de neacceptat. Întrucât defensele funcţionează şi ele la modul inconştient, persoana nu are cunoştinţă nici de emoţiile sale „ascunse", nici de funcţia pe care o îndeplinesc simptomele care le prezintă. Având în vedere faptul că formele pe care le îmbracă funcţionarea mecanismelor de apărare, respectiv simptomele, sunt la rândul lor generatoare de disconfort considerabil, opţiunea pentru recurgerea la ele se face pe baza principiului preferării „răului mai mic", consecinţele acestora pentru starea de bine a persoanei fiind apreciate la nivel inconştient ca fiind mai puţin grave decât cele ce ar

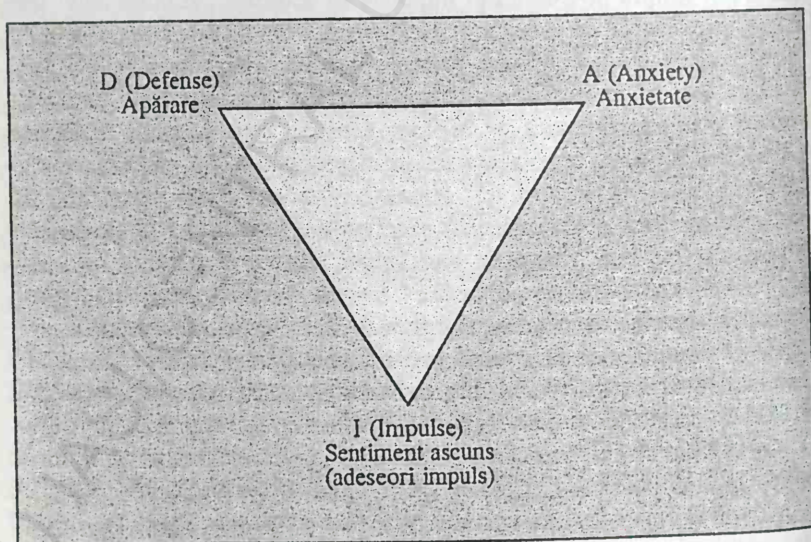


Figura 11. *Triunghiul conflictelor* (după Malan, 1989, p. 79; Davanloo, 1992a, p. 45)

rezulta din manifestarea liberă a impulsurilor şi a sentimentelor reprimate prin defense.

Un posibil model al proceselor ce stau la baza formării acestui tip de conflicte este cel descris de Strachey (1931 ; 1999) sub denumirea de „cerc vicios nevrotic". În acord cu Melanie Klein, Strachey (1931 ; 1999) descrie un proces de continuă introiectare şi proiectare de către copil a obiectelor impulsurilor sale ce-şi au originea în Sine (*id-impulses*), caracterul obiectelor introiectate depinzând de natura impulsurilor. Astfel, dacă sunt predominante impulsurile agresive, copilul se va îndrepta înspre obiect cu sentimente agresive. În aceste condiţii, obiectul va fi introiectat ca fiind unul agresiv şi va acţiona agresiv asupra Ego-ului, de maniera unui Supraeu. Următoarea secvenţă o constituie o nouă proiectare a acestui obiect introiectat agresiv asupra obiectului exterior, care va fi perceput la rândul lui ca periculos şi distructiv, ceea ce va determina o reacţie de apărare sub forma unei atitudini şi mai agresive. Se stabileşte astfel un cerc vicios nevrotic în măsură să explice severitatea excesivă a Supraeului şi teama iraţională de obiectele exterioare. În cazurile mai puţin grave, evoluţia copilului la stadii de dezvoltare superioară va permite apariţia unor atitudini mai prietenoase faţă de obiectele exterioare, ca o consecinţă a formării unor impulsuri pozitive. În aceste cazuri, obiectul introiectat (sau Supraeul) va deveni mai puţin sever, permiţând un contact cu realitatea distorsionat în mai mică măsură. Însă atunci, când excesul componentelor distructive, acumularea frustraţiilor sau incapacitatea copilului de a tolera impulsurile venite din Sine împiedică acest proces de normalizare a relaţiilor, cercul vicios nevrotic se perpetuează, persoana continuând până la vârsta adultă să perceapă obiectele ce populează lumea exterioară ca fiind ameninţătoare şi să recurgă la atitudinea agresivă faţă de acestea ca o metodă de autoapărare preventivă.

5.3.3. *Transferul*

Una dintre cele mai importante teze ale psihanalizei, adoptată şi de orientările dinamice de scurtă durată, susţine manifestarea transferenţială a conflictelor dezvoltate în perioada primei copilării, în cadrul relaţiilor cu părinţii, la vârsta adultă şi în relaţiile curente. Rolul central

ocupat de transfer în cadrul intervenţiilor psihodinamice ne obligă să insistăm asupra clarificării acestui concept.

Gelso şi Hayes (1998) au definit transferul ca fiind „experienţa clientului legată de terapeut, ce este modelată de structurile psihologice ale celui dintâi şi de trecutul acestuia, implicând deplasarea asupra terapeutului a unor sentimente, atitudini şi comportamente ce aparţin de drept unor relaţii semnificative din trecut" (*apud* Mallinckrodt şi Chen, 2004, p. 210). Pentru Schaeffer (1998), care formulează o definiţie mai degrabă cuprinzătoare decât „clasică", transferul se referă atât la raportarea dependentă de trecut a clientului faţă de terapeut, cât şi la activitatea de organizare inconştientă prin care cel dintâi se angajează în procesul terapeutic. Transferul se manifestă prin semne ce includ asociaţii, afecte, dorinţe, imagini mentale, fantezii, senzaţii şi scheme cognitive ce recreează sau reactivează trecutul, în scopul organizării şi dotării cu sens a experienţelor negate sau supuse represiei. Schaeffer este de părere că, prin atribuirea unor funcţii şi roluri terapeutului, clienţii speră să reseteze durerea psihică şi, astfel, să corecteze trecutul.

Potrivit definiţiei lui Warme (1994, p. 116) transferul „este acel model al configuraţiilor interumane pe baza căruia subiectul restructurează şi înţelege lumea socială, mai exact acele realităţi sociale concrete şi vii ce o caracterizează ca persoană. În viziunea analiştilor realităţile transferenţiale conţin deopotrivă importante elemente conştiente şi componente motivaţionale inconştiente. Transferul este un fenomen omniprezent şi etern care, în ceea ce priveşte natura sa, este mai degrabă narativ şi progresiv decât static. În cazul fiecărei persoane în parte, constituie colecţia «întâmplărilor» tipice, fiecare dintre acestea fiind saturată de «naraţiunile» vieţii sale de până acum, respectiv construită din acestea şi fiind viu populată de reîncarnarea psihologică a persoanelor semnificative din trecutul persoanei. Vitalitatea acestor reîncarnări este asigurată de survenirea regresiei în cadrul situaţiei analitice, precum şi de prezenţa analistului (terapeutului) permisiv (*unobtrusive*) şi neutru".

Pentru Casement (1999), acel demers prin care persoana – confruntată cu situaţii necunoscute – tratează elementele ce îi par a fi cunoscute drept „semnale", adică fie le consideră semne generatoare ale sentimentului securităţii, fie prevestiri ale repetării unei experienţe negative, poate fi considerat ca o manifestare a uneia dintre legităţile funcţionării inconştientului. Inconştientul tratează deci necunoscutul ca

şi cum ar fi ceva cunoscut, adică asimilează situaţia nouă colecţiei evenimentelor ce au fost deja trăite. Baza acestui proces ar fi constituită de faptul că, în timp ce la nivel conştient prezentul şi trecutul sunt separabile, inconştientul care nu dispune de noţiunea timpului identifică – în mod fundamental eronat – similarul ca fiind identic şi, prin urmare, mulţimea trăirilor din trecut se suprapune cu evenimentele curente.

În privinţa conţinuturilor care sunt deplasate în cadrul transferului, au fost consemnate mai multe opinii. Mai multe studii efectuate de Luborsky *et al.*, citate de Connolly Gibbons (2004), au demonstrat transferul patternurilor interpersonale maladaptive ale clientului asupra relaţiei terapeutice. Rezultatele studiului întreprins de Connolly *et al.* (2000) dovedesc că, deşi narativele relatate de majoritatea clienţilor conţin mai multe teme interpersonale, cea mai pervazivă dintre ele este şi cea care se evidenţiază între cele legate de terapeut. Astfel se explică cum transferul temelor interpersonale în cadrul psihoterapiei poate forma baza înţelegerii simptomelor clientului. Terapeutul se foloseşte de narativele relatate de client pentru a formula patternul de nucleu al relaţiilor maladaptive ale acestuia, utilizând propria experienţă a relaţiei în formularea dinamică. Connolly Gibbons (2004) constată că narativele relatate de clienţi în cadrul şedinţelor terapeutice demonstrează consistenţa temelor interpersonale în jurul cărora sunt centrate aceste povestiri. Astfel, clienţii prezintă tendinţa de a avea un pattern interpersonal predominant, ce poate fi identificat în cadrul majorităţii narativelor. Connolly Gibbons atrage însă atenţia asupra faptului că acest lucru nu exclude dezvăluirea unor episoade interpersonale al căror tipar este idiosincrasic contextului unei relaţii particulare, ceea ce sugerează că, în ciuda dominării universului lor interpersonal de un pattern de nucleu, clienţii pot prezenta şi alte modele de relaţionare problematice. Astfel, Connolly *et al.* (2000) arată că, dintre clienţii trataţi pentru depresie prin psihoterapie suportiv-expresivă de scurtă durată, doar o treime relatau narative legate de terapeut a căror temă interpersonală era asociată semnificativ de temele interpersonale ce predominau conţinutul episoadelor legate de relaţiile lor din viaţa de zi cu zi. Această constatare ne avertizează că eforturile terapeutului de a integra în cadrul demersurilor sale interpretative toate naraţiunile interpersonale ale clientului într-un şablon unic nu se pot dovedi decât contraproductive.

Lev-Wiesel (2000) subliniază că ceea ce constituie obiectul transferului este o situaţie globală, o relaţie sau obiecte dintr-un context, şi nu o

persoană. Procesele transferenţiale par a exprima operarea unor mecanisme defensive de tipul proiecţiei, introiecţiei, exagerării şi reproiecţiei. Astfel, neidentificarea funcţiei de evitare a reacţiilor transferenţiale comportă riscul prevenirii confruntării cu conflicte interioare ce trebuie să fie rezolvate şi implicit al exacerbării acestora. Krause şi Merten (1996) susţin la rândul lor că ceea ce se transpune în cazul transferului sunt sentimente, lucru cu atât mai important cu cât acestora li se atribuie o dublă partitură: pe de o parte modifică percepţia din interior, în primul rând pe baza semnificaţiei subiective şi a principiilor realităţii aparente, iar pe de altă parte, posedă o imensă capacitate de dramatizare orientată înspre exterior, manifestată prin crearea unor scene în care interlocutorii sunt nevoiţi să-şi asume o parte din relaţiile cu obiectul, fictive sau chiar reale. Aceste scene sunt în esenţă exteriorizări ale structurilor lăuntrice, partenerii interpretând în cadrul acestora nu rolul unor persoane în adevăratul sens al cuvântului, ci mai curând cel al unor instanţe de tipul „conştiinţei punitive" sau al „supraeului care umileşte". Este important de menţionat şi faptul că atât imaginea mintală preexistentă, cât şi modul de desfăşurare a acestor scene rămân inconştiente pentru persoană, meritând astfel calificativul de „inconştient al prezentului" introdus de Sandler şi Sandler.

Baker (1990) enumeră următoarele cinci manifestări tipice ale transferului:

1. *Neadecvarea (inappropriateness)* – referitor la care Baker atrage atenţia că, de fiecare dată, înainte de a eticheta o anumită reacţie a clientului ca fiind de natură transferenţială, trebuie să ne convingem de faptul că reacţiile sale nu sunt îndreptăţite totuşi de comportamentul terapeutului.
2. *Intensitatea* reacţiei clientului poate trimite la transfer în acele cazuri în care răspunsurile sale, manifestările, sunt evident exagerate într-o direcţie sau alta. Se pot enumera în acest context deopotrivă reacţiile a căror intensitate este disproporţionată în raport cu contextul, absenţa unor riposte, precum şi răspunsurile prea slabe ca intensitate în situaţiile în care ne-am fi putut aştepta la o reacţie considerabil mai puternică decât cea exprimată de client.
3. *Ambivalenţa* se referă la acel fenomen adeseori întâlnit, a cărui esenţă constă în existenţa unor răspunsuri emoţionale contradictorii în cadrul reacţiei clientului faţă de terapeut. Nu rareori, clientul

conştientizează doar o parte dintre aceste emoţii (foarte frecvent pe cele pozitive), iar cele opuse (de exemplu, enervarea, ostilitatea, agresivitatea) rămân de cele mai multe ori inconştiente şi se manifestă doar la nivel comportamental.

4. *Capriciozitatea* este rezultanta atitudinii ambivalente din cadrul transferului, datorită căreia sentimentele exprimate faţă de terapeut se schimbă frecvent, se transformă uşor în contrariul lor, determinând imprevizibilitatea atitudinii clientului de la o şedinţă la alta sau, uneori, chiar în cadrul aceleiaşi şedinţe.
5. *Perseverenţa* reprezintă acea particularitate a transferului care în mod caracteristic conduce la un complex de atitudini şi sentimente ce se dovedesc a fi foarte rezistente la interpretare.

Relativ la manifestările caracteristice ale acestuia din urmă, pot fi amintite descoperirile lui Gill (1982), care a identificat două tipuri de rezistenţe legate de transfer. Primul, cunoscut sub denumirea de *transfer defensiv* (*defense transference*), poate fi conceput, în mai mare măsură, ca o evitare a luării la cunoştinţă a transferului. Această rezistenţă, care de regulă este caracteristică primei faze a dezvoltării relaţiei transfereţiale, îmbracă forma eforturilor depuse de client în vederea reprimării reacţiilor emoţionale şi a atitudinilor inacceptabile, sau apreciate ca neadecvate (agresiune, ostilitate, suspiciune, invidie, atracţie erotică), cu atât mai mult cu cât acestea sunt nutrite chiar faţă de acea persoană (terapeutul) în prezenţa căreia ar trebui să le dezvăluie. De altfel, Gill face trimitere la un studiu publicat împreună cu Muslin, în care argumentau că transferul este probabil prezent în cadrul relaţiei terapeutice încă de la început, deja atunci când clientul se exprimă încă aparent liber. Manifestările caracteristice rezistenţei faţă de luarea la cunoştinţă a transferului ar fi *deplasarea* (*displacement*) şi *identificarea*. În primul caz, clientul vorbeşte de propriile sentimente ca şi cum acestea ar fi apărut faţă de o a treia persoană, pe când în cazul identificării, clientul îşi atribuie sieşi acele atitudini pe care este convins că le demonstrează faţă de terapeut. Cealaltă formă de rezistenţă caracteristică este cea apărută faţă de *rezoluţia transferului* (*resolution of transference*), care probabil ar fi mai corect să se numească apărarea faţă de *interpretarea transferului*, întrucât această raportare, înainte de toate, neagă caracterul transferenţial al reacţiei ce a fost luată în prealabil la cunoştinţă. În

ultimă instanţă, aceasta se poate recunoaşte şi în spatele perseverenţei caracteristice transferului, semnalată şi de Baker.

5.3.3.1. *Un model al transferului*

Malan (1989) şi Davanloo (1992a) ilustrează fenomenele transferului cu ajutorul aşa-numitului model al *celor două triunghiuri*, care adaugă la cel al conflictului pe care l-am prezentat deja mai înainte un al doilea, cunoscut în literatura de specialitate ca „triunghiul persoanelor" (fig. 12). Acesta, descris iniţial de Menninger ca „triunghiul înţelegerii (*insight*-ului)", se sprijină pe vârful desemnat prin litera **P**, ce simbolizează relaţiile cu părinţii (sau cu persoanele ce au preluat rolul acestora în viaţa persoanei), localizabile de regulă în trecutul îndepărtat (**P**-ul reprezintă iniţiala cuvintelor Parents şi Past). Sprijinirea triunghiului persoanelor pe vârful **P** atrage atenţia asupra faptului că relaţiile noi ale persoanei sunt adânc fundamentate pe acele tipare de raportare ale acesteia care s-au dezvoltat în relaţia cu părinţii (sau cu persoanele ce şi-au asumat rolul acestora). Următorul vârf al triunghiului este constituit de relaţiile curente dezvoltate cu alte persoane. Malan, care scoate în evidenţă elementul raportării la „ceilalţi" (adică la alte persoane decât cele de referinţă din trecut), utilizează simbolul **O** (Others), în timp ce Davanloo, accentuează actualitatea acestor relaţii, caracterul lor curent şi foloseşte simbolul **C** (Current). În sfârşit, al treilea vârf simbolizează relaţia terapeutică (transferenţială) (**T** fiind în egală măsură iniţiala cuvintelor englezeşti Therapy şi Transference). Potrivit triunghiului persoanelor, atât în cadrul relaţiilor din prezent, cât şi în cel al relaţiei cu terapeutul, se poate recunoaşte transferul aceloraşi modele de relaţionare, dezvoltate demult, înainte de toate în relaţiile cu părinţii. Conform acestui model, în relaţia terapeutică se exprimă versiuni ale aceloraşi sentimente nutrite faţă de părinţi şi „deplasate" asupra terapeutului ce pot fi de altfel identificate şi în cadrul relaţiilor curente ale persoanei.

Se poate afirma în acest sens că, în cadrul relaţiei transferenţiale, clientul utilizează un *model funcţional* (*working model*) al părinţilor, al propriei persoane şi al celorlalţi. Modelul constituie o reprezentare abstractă şi generalizată a disponibilităţii şi a accesibilităţii persoanelor responsabile pentru asigurarea ataşamentului şi, implicit, a sentimentului protecţiei şi ocrotirii. În acest sens, transferul este îndeaproape

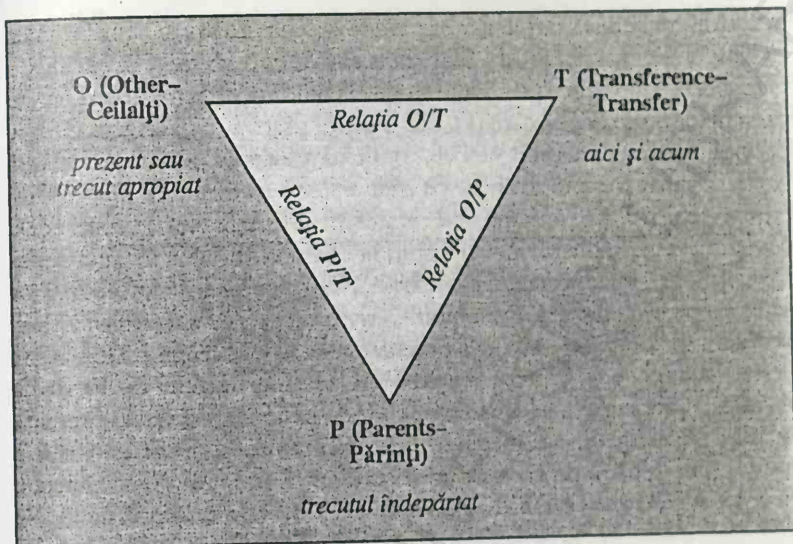


Figura 12. *Triunghiul persoanelor* (după Malan,1989, p. 79 ; Davanloo, 1992a, p. 45)

înrudit cu conceptul de ataşament, descris la copii de Bowlby şi identificat ulterior ca influenţând atât caracteristicile personale, cât şi modalităţile de reacţie la solicitările venite din exterior şi din interior ale persoanei ajunse la vârsta adultă (Larose *et al.*, 2002). Blatt şi Auerbach (2000) au remarcat consensul cercetărilor din domeniul psihanalizei şi al psihologiei dezvoltării în ceea ce priveşte construirea de către copil a unor scheme cognitiv-afective asupra propriei persoane şi a celorlalţi, pe baza interacţiunilor cu furnizorii primari ai îngrijirii (*primary caregivers*). Aceste scheme furnizează prototipul euristic ce structurează modul în care gândeşte cineva asupra propriei persoane şi a celorlalţi, putând implica reprezentări veridice ale realităţii consensuale, construcţii idiosincrasice şi unice sau distorsiuni primitive şi patologice ce sugerează prezenţa unora patologice. Influenţa schemelor cognitiv--afective asupra propriei persoane şi a celorlalţi poate fi recunoscută în reglarea şi direcţionarea unei game largi de comportamente, cu precădere a celor interpersonale. Un element central ce leagă teoria ataşamentului, elaborată de Bowlby, de cea a transferului este recunoaşterea

în cadrul ambelor a influenţei exercitate de consistenţa şi sensibilitatea cu care cei responsabili de îngrijirea copilului – de regulă părinţii – răspund nevoilor acestuia, asupra dezvoltării modelelor de lucru ce au ca subiect propria persoană sau pe ceilalţi. Astfel, într-un caz în care părinţii satisfac consecvent nevoile copilului, modelele pe care le dezvoltă acesta pentru a se reprezenta pe sine sau pe ceilalţi vor fi probabil relativ pozitive, pe când îngrijitorii a căror prestaţie faţă de copil se va dovedi nesatisfăcătoare vor contribui la construirea unor modele negative, prin prisma cărora „beneficiarul" tratamentului necorespunzător se va percepe ca nevrednic de iubire, iar pe ceilalţi îi va aprecia ca fiind nedemni de încredere şi/sau ca potenţiale surse de decepţie. Deşi nu se poate exclude posibilitatea modificării acestor modele de lucru ca rezultat al impactului produs asupra lor de experienţele ulterioare care le infirmă, cam din perioada adolescenţei târzii se poate constata o inerţie puternică în procesarea informaţiilor, astfel încât persoanele iau în consideraţie aproape în exclusivitate acele date ce confirmă modelele elaborate anterior, rejectându-le în schimb defensiv pe acelea care nu sunt compatibile cu imaginea preexistentă. Aceste similitudini între cele două concepte sugerează posibilitatea ca anumite aspecte împrumutate din teoria ataşamentului să ofere un cadru pentru o mai bună înţelegere a fenomenelor grupate sub termenul generic *transfer* (Mallinckrodt şi Chen, 2004). Similitudinea dintre conceptul ataşamentului şi transfer este susţinută şi de Parish şi Eagle (2003) care remarcă faptul că ambele se referă la o relaţie emoţională puternică cu o altă persoană, în cadrul căreia una dintre ele repetă patternuri relaţionale ce sunt înrădăcinate în experienţele de acest tip acumulate în copilăria timpurie.

Pe de altă parte, modelul preconizat de Malan, respectiv Davanloo nu clarifică satisfăcător relaţia dintre cele două triunghiuri. Această insuficienţă a fost eliminată de Molnos, un discipol al lui Malan care, în titlul unui studiu publicat în 1984, formulează succint în felul următor esenţa modelului ei: „Cele două triunghiuri sunt patru" („The two triangles are four"). În concepţia autoarei, modelul „celor patru triunghiuri" (fig. 13) este o diagramă ce se poate utiliza ca un ghid eficient al intervenţiilor practicate de terapeuţii de orientare psihodinamică.

Aşa cum se poate observa în fig. 13, Molnos presupune existenţa nu a unui singur triunghi al conflictului, ci a trei (în ediţia în limba maghiară a cărţii sale el le numeşte triunghiuri *ale conflictelor sufleteşti*).

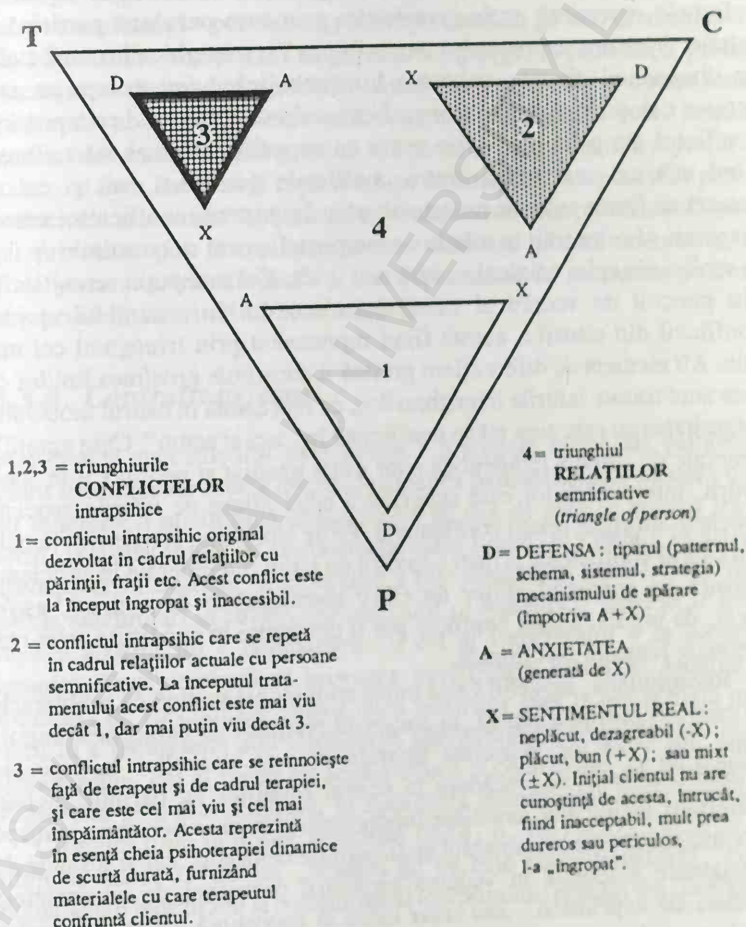


Figura 13. *Modelul celor patru triunghiuri* (după Molnos 1997, p. 52)

Triunghiurile conflictelor sufleteşti (intrapsihice) sunt poziţionate în interiorul *triunghiului relaţiilor (persoanelor)* la vârfurile acestuia, prin această aşezare semnalând apariţia conflictelor intrapsihice, întotdeauna în cadrul unui sistem specific de relaţii.

Fiecare dintre triunghiurile conflictelor este poziţionat cu vârful D („Apărare") orientat înspre exterior, prin aceasta arătând faptul că defensele reprezintă acele manifestări prin care persoana participă la relaţie. Aşa cum se poate observa în figura 13, triunghiurile conflictelor au dimensiuni diferite, mărimea lor simbolizând *importanţa* pe care acestea o deţin în viaţa persoanei. În mod firesc, triunghiul ce reprezintă conflictul din prima copilărie apare cu suprafaţa cea mai mare, acesta fiind atât cel mai vechi dintre conflictele persoanei, cât şi cel ce determină forma celor dezvoltate ulterior. Importanţa conflictului actual, respectiv al celui trăit în relaţia cu terapeutul – care se constituie de fapt în replici ale celui original –, este mai mică. Cel mai puţin semnificativ din punctul de vedere al existenţei clientului în ansamblul ei este conflictul din transfer, acesta fiind reprezentat prin triunghiul cel mai mic. Alt element de diferenţiere grafică îl constituie grosimea liniilor cu care sunt trasate laturile triunghiurilor, ce reprezintă în cadrul modelului intensitatea cu care sunt trăite conflictele în „aici şi acum". Cum emoţiile generate de situaţia terapeutică sunt trăite imediat şi nemijlocit în acest cadru, intensitatea lor este superioară celei atinse de trăirile asociate evocării celorlalte relaţii conflictuale. Pe de altă parte, stările emoţionale din cadrul conflictelor primei copilării au putut fi temperate în suficientă măsură pe parcursul anilor de către mecanismele de apărare, astfel încât, de regulă, aceste conflicte pot fi dezbătute în condiţiile celei mai atenuate tensiuni emoţionale.

Recapitulând, modelul celor patru triunghiuri susţine că problemele cu care se confruntă adulţii, în contextul relaţiilor cu persoanele importante din viaţa lor, reproduc tiparele ce s-au dezvoltat în perioada primei copilării, cu precădere în cadrul relaţiilor cu părinţii. Aceste patternuri includ atât modelele funcţionale prin care persoana percepe şi anticipează comportamentul şi atitudinile celorlalţi, cât şi formele de relaţionare elaborate în vederea protejării persoanei de consecinţele nefaste ale exprimării – sau chiar luării la cunoştinţă – a sentimentelor reale considerate ca inacceptabile. Deşi puse iniţial în slujba protejării persoanei, mecanismele de apărare astfel rezultate pot genera, când

sunt rupte de contextul original, simptome şi comportamente dezadaptate, ele împiedicând persoana, înainte de toate, să-i recunoască pe cei cu care vine în contact ca fiind cu adevărat „obiecte noi" şi determinând-o să le perceapă ca „obiecte arhaice", adică să le considere – în mod eronat – identice cu persoane semnificative din trecut sau replici ale acestora. Reproducerea conflictului original în situaţia terapeutică – sub forma transferului – permite surprinderea acestuia pe viu, în manifestare cu o intensitate emoţională ce permite străpungerea rezistenţei pe care mecanismul de apărate prezent în structura conflictului o opune tentativelor de abordare de către terapeut a sentimentului real. Analiza conflictului transferenţial permite sesizarea de către client a faptului că acesta nu face decât să îl reproducă pe cel original, responsabil pentru problemele sale actuale şi înţelegerea dinamicii acestor probleme. Demersul prin care pot fi realizate aceste obiective poartă denumirea de „interpretare a transferului" şi va fi prezentat în secţiunea dedicată interpretării, cuprinsă în acest capitol.

5.3.4. *Contratransferul**

Majoritatea specialiştilor care practică diferitele forme ale psihoterapiilor dinamice de scurtă durată, asemenea psihanaliştilor, conferă unui alt fenomen o importanţă comparabilă cu cea de care se bucură transferul. Surprins iniţial de asemenea de către Freud, el a trebuit să aştepte aproape cinci decenii, timp în care a fost considerat una dintre principalele ameninţări la adresa intervenţiilor psihanalitice, până să se recunoască aportul lui – comparabil cu cel al transferului – la succesul terapiei. Deşi continuă să provoace controverse destul de ascuţite în literatura de specialitate, majoritatea autorilor sunt la ora actuală unanimi în a recunoaşte atât implicarea inevitabilă a contratransferului în psihoterapie, cât şi faptul că acesta aduce o contribuţie, ce nu poate fi substituită prin alte mijloace, la realizarea obiectivelor tratamentului.

Cu puţin timp în urmă, Norcross (2001, p. 981) acuza faptul că, în timp ce acum 25 de ani „puteam şti ce este contratransferul: comportamentul indezirabil şi contaminat al terapeutului, rezultat din conflictele

---

* În colaborare cu Krisztina-Gabriella Szabó.

personale nerezolvate..., mai recent, recurgerea generală şi ocazională nediscriminată la acest termen a făcut ca... atât practicienii, cât şi studenţii să rămână nelămuriţi". Freud, care a descris pentru întâia oară contratransferul în 1910, l-a definit ca reprezentând *reacţiile inconştiente, bazate pe conflicte ale terapeutului la manifestările transferenţiale ale clientului*; aceasta este considerată „definiţia clasică" a contratransferului. Spre deosebire de definiţia clasică, cea „atotcuprinzătoare", datorată lui Heimann, include în rândurile manifestărilor contratransferenţiale *totalitatea reacţiilor terapeutului faţă de client, indiferent dacă acestea sunt conştiente sau inconştiente, înrădăcinate în conflicte sau nu, respectiv dacă vizează transferul sau alte materiale*. Posibilitatea luării unei poziţii alături de una sau alta dintre aceste variante extreme a generat decenii de dezbateri şi polarizare profesională care, în opinia lui Hayes (2004), au eşuat în a-şi demonstra contribuţia la dezvoltarea cunoştinţelor în domeniu. Nu întâmplător, el se întreabă de ce nu a fost adoptată soluţia introducerii unui alt termen pentru desemnarea reacţiilor emoţionale ale terapeutului. Ceea ce pentru Hayes pare a fi perspectiva cea mai îngrijorătoare este aceea că, prin abordarea unei poziţii atotcuprinzătoare, atenţia riscă să se deplaseze dinspre conflictele terapeutului înspre contribuţia clientului. Ca o soluţie, el propune definiţia „integrativă", formulată de Hayes şi Gelso (2001), ce reţine din poziţia freudiană originală elementul ancorării în conflictele personale ale terapeutului, dar ca o concesie faţă de modelul atotcuprinzător înlătură criteriile legării de transfer şi de neluare la cunoştinţă. În conformitate cu poziţia integrativă, contratransferul este definit ca „reacţiile terapeutului faţă de client, bazate pe conflictele nerezolvate ale terapeutului" (*apud* Hayes, 2004, p. 23). Se argumentează că, adoptând această concepţie, terapeutul ar fi încurajat să-şi asume responsabilitatea pentru propriile acţiuni, respectiv pentru înţelegerea şi gestionarea acestora. Hayes elaborează chiar o teorie structurală a contratransferului, ce dezasamblează constructul în cauză, identificând elementele ei componente: originile, stimulii activatori (*triggers*), manifestările, efectele şi măsurile ce vizează gestionarea. *Originile* ar fi deci conflictele nerezolvate ale terapeutului, iar ca *stimuli activatori* putem identifica acele evenimente care, atingând problemele personale rămase nesoluţionate ale terapeutului, declanşează reacţiile contratransferenţiale.

Grija lui față de identificarea acelor reacții emoționale ale terapeutului ce sunt înrădăcinate în conflictele sale este pe deplin justificată. În acest sens, poziția pe care o reprezintă – cea a cercetătorului procesului psihoterapiei – coincide cu cea a supervizorului, însărcinat de asemenea cu identificarea acelor probleme personale ale terapeutului, ce interferează cu eficiența intervențiilor sale. Pe de altă parte, ar fi dificil de argumentat de ce atunci când avem în vedere o componentă de maximă importanță a terapiei, desemnată printr-un termen ce face trimitere nemijlocită la o reacție a clientului (transfer) și utilizată prin tradiție pentru o mai bună înțelegere a acestei manifestări, ar fi mai pertinent să căutăm un termen nou și să utilizăm în continuare termenul original pentru a desemna o manifestare a terapeutului care este relevantă mai degrabă din punctul de vedere al terapiei sale personale decât pentru cea a clientului.

Menninger și Holzman structurează astfel manifestările ce semnalează dezvoltarea contratransferului (*apud* Warme, 1994, pp. 128-129) :

- Imposibilitatea de a înțelege acele comunicări care pot fi puse în legătură cu problemele personale ale terapeutului ;
- trăiri depresive sau alte sentimente negative pe parcursul ședințelor terapeutice, respectiv după încheierea acestora ;
- nepăsare – uitarea ședinței terapeutice programate împreună cu clientul, întârzierea la ședință, prelungirea nejustificată a ședinței etc. ;
- trăirea repetată a unor sentimente erotice sau pozitive față de client ;
- tolerarea sau chiar încurajarea rezistențelor manifestate sub forma *acting out*-ului ;
- manevre narcisiste menite să confere sentimentul siguranței, cum ar fi eforturile depuse în vederea cuceririi clientului sau a creării unei imagini favorabile în ochii colegilor prin accentuarea importanței clienților tratați etc. ;
- menținerea dependenței continue a clientului prin manevre variate, îmbrăcând în primul rând forma recurgerii la întăriri nejustificate ;
- cedarea în fața impulsului de a se angaja în discuții colegiale informale despre client ;
- formularea nejustificat de sarcastică sau tăioasă a comentariilor și interpretărilor sau, dimpotrivă, livrarea sub o formă excesiv de îmblânzită a acestora ;

- sentimentul că însuşi renumele şi prestigiul terapeutului reprezintă miza vindecării clientului.
- „cramponarea de client", care îmbracă forma temerilor exagerate ale terapeutului că şi-ar putea pierde clientul ;
- găsirea unei satisfacţii în rugămințile clientului sau în manifestările acestuia, care exprimă preţuire şi ataşament ;
- pierderea cumpătului ca răspuns la reproşurile sau acuzaţiile susţinute ale clientului ;
- angrenarea în dispute deschise cu clientul ;
- prevenirea timpurie a dezvoltării anxietăţii clientului ca expresie a incapacităţii de a asigura tensiunea optimă de frustrare ;
- cedarea repetitivă a terapeutului în faţa tentaţiei de a solicita favoruri clientului ;
- diminuarea sau accentuarea bruscă a interesului faţă de un anumit client.

Pe parcursul influenţei contratransferului asupra terapeutului, clientul activează în cel dintâi unul (sau chiar mai multe) dintre aceste elemente, în condiţiile în care semnificaţia lor poate rămâne mai mult timp necunoscută terapeutului. Elucidarea funcţiei acestei manifestări devine posibilă doar în cadrul câmpului intersubiectiv, în urma unei analize atente a interacţiunilor cu clientul, care au precedat apariţia relaţiei contratransferenţiale.

Contratransferul se poate manifesta prin neatenţia selectivă manifestată faţă de relatarea clientului, formularea unor interpretări agresive, recurgerea la jargonul de specialitate şi la etichetarea prin categoriile diagnostice, prin prescrierea rigidă a medicaţiei sau a unor tehnici cognitive, comportamentale sau strategice, respectiv prin alte forme sublimate ale agresivităţii (Shahar, 2004). După cum se poate vedea, terapeutul se abate prin aceste manifestări de la idealul terapeutic reprezentat de o atitudine „neutră binevoitoare". În recomandările pe care le adresa în 1912 medicilor care practicau psihanaliza, Freud pleda pentru modelul reprezentat de chirurgul „care lasă deoparte orice sentiment, inclusiv cel de simpatie... Justificarea pentru a pretinde analistului această răceală emoţională constă în faptul că ea creează cele mai avantajoase condiţii pentru ambele părţi : pentru medic, protejarea dezirabilă a propriei vieţi emoţionale, iar pentru client, cel mai mare

ajutor pe care i-l putem oferi azi" (*apud* Fox, 1998, p. 1070). Adoptând acest model mecanicist, față de unul mai umanist și interpersonal, Freud spera să-i asigure terapeutului angajat în practicarea psihanalizei rolul unui observator obiectiv, detașat, inspirat de atitudinea savantului aplecat asupra microscopului din laboratorul lui Brücke, unde student fiind, el însuși și-a efectuat stagiul în domeniul fiziologiei. Cei interesați de substratul psihodinamic al opțiunii unui psihiatru pentru un model împrumutat din laboratorul de fiziologie vor putea descoperi admirația niciodată eclipsată cu care Freud și-a evocat practic pe tot parcursul existenței fostul maestru și vor putea invoca în egală măsură „liniștea și satisfacția" pe care mărturisea el că le-a găsit în acel spațiu în care cei pe care îi considera ca reprezentând modele demne de urmat își desfășurau munca de cercetare (Jones, 1973). Nu este însă mai puțin adevărat nici faptul că se spera de la asigurarea unor condiții la fel de „sterile" ca și cele în care sunt practicate intervențiile chirurgicale crearea acelui ecran pe care procesele intrapsihice ale analizatului să se poată proiecta sub o formă „necontaminată" (Fox, 1998). Psihanaliștii contemporani recunosc însă că acest ideal de obiectivitate, capabil să surprindă transferul în starea sa pură, nu poate fi atins. Într-un studiu intitulat semnificativ „Rămas-bun de la analistul obiectiv", Goldberg (1994, p. 25) afirmă răspicat că transferul „devine câmpul ce atrage analistul într-o miriadă de situații ce par a face obiectivitatea să devină imposibil de atins", arătând că devine în egală măsură exclusă posibilitatea practicării „obiective" a psihanalizei înseși. Pe de altă parte, el insistă asupra faptului că, de vreme ce nu putem pretinde că ne-am apropia la modul obiectiv de înțelegerea clienților noștri, ne rămâne în schimb posibilitatea de a fi empatici față de noi înșine și de a ne înțelege, pentru a folosi propria noastră subiectivitate ca o cale de acces spre lumea interioară a clientului. Pentru unii autori de orientare psihodinamică, nu întâmplător contratransferul reprezintă nu doar un obstacol, dar și cel mai semnificativ factor al intervenției terapeutice eficiente asupra clienților (Liegner, 2003a).

Simpla inspectare a tabelului 3, întocmit de Bollas (1989, p. 102) și considerat incomplet chiar de către autorul lui, demonstrează cât de largă este paleta emoțiilor și a stărilor pe care terapeutul le poate simți față de client, abătându-se astfel de la exigențele impuse de modelul unei oglinzi impersonale. Evocarea unora dintre ele de către evenimente

terapeutice ce nu sunt în măsură să le justifice poate fi – şi chiar se impune să fie – interpretată ca fiind simptomatică pentru conflictele personale ale terapeutului. Este de la sine înţeles că identificarea şi prelucrarea acestora reprezintă o condiţie fundamentală nu doar a continuării eficiente a terapiei, ci chiar a protejării clientului de influenţele vătămătoare pe care le-ar putea suferi din partea terapeutului. Astfel, dacă acesta se simte neliniştit de discuţiile iniţiate de client pe marginea traumelor suferite în relaţiile pe care le-a avut cu un părinte excesiv de autoritar şi dur, pentru că el însuşi a avut parte de un astfel de tratament parental, fără a fi putut să-şi prelucreze această traumă, se va simţi tentat să-şi diminueze anxietatea prin ocolirea subiectului. Consecinţa inevitabilă va fi aceea că terapeutul îşi va priva astfel clientul de şansa de a-şi rezolva conflictul din trecut şi de a ajunge astfel în situaţia de a gestiona mai eficient, în cadrul relaţiilor sale curente, problemele legate de persoanele autoritare sau pe care le percepe ca emiţând faţă de el pretenţii exagerate. Mai grav chiar, într-o altă situaţie, terapeutul care are conflicte nerezolvate legate de confruntarea cu persoanele dominatoare poate profita de situaţia privilegiată pe care i-o oferă terapia pentru a-i plăti vechile poliţe clientului, în care – corect sau nu – identifică tendinţa de a-l controla. În acest caz, agresivitatea disimulată îndreptată împotriva clientului, neluată la cunoştinţă nici de către terapeut, poate contribui la traumatizarea iatrogenă a acestuia sau la agravarea stării lui.

Sunt numeroase însă situaţiile în care reacţiile de tipul celor enumerate în tabelul lui Bollas ne apar ca perfect justificate prin prisma modului în care clientul se manifestă în cadrul terapiei. În aceste condiţii, vânarea unor presupuse conflicte ale terapeutului, forţarea stabilirii unor conexiuni cu anumite conflicte – reale sau prezumtive – ale terapeutului nu pot fi decât contraproductiv. Confruntarea clientului cu impactul produs de anumite tipare de relaţionare asupra interlocutorului, profitând de reacţia contratransferenţială a terapeutului, nu are însă nimic de-a face cu blamarea clientului sau cu montarea unui proces de intenţii. Este vorba pur şi simplu de faptul că, punând în evidenţă reacţia emoţională a terapeutului, produsă în chiar cadrul situaţiei terapeutice, îl poate ajuta pe client să conştientizeze ecoul pe care comportamentul lui îl are asupra persoanelor importante din anturajul lui imediat. A identifica baza reacţiilor contratransferenţiale cu conflictele

Tabelul 3. *Paleta emoţiilor şi a stărilor pe care terapeutul le poate simţi pentru client* (*apud* Bollas, 1989, p. 102)

a. mulţumire	j. agitaţie	s. depresie
b. plăcere	k. agresivitate	t. atracţie
c. interes	l. mânie	u. răspuns erotic
d. curiozitate	m. ostilitate	v. iubire
e. nesiguranţă	n. furie	w. linişte
f. confuzie	o. dorinţa de a ucide	x. reverie
g. anxietate	p. frustrare	y. cefalee
h. alarmare	q. tristeţe	z. dureri dorsale
i. iritare	r. disperare	

interioare ale terapeutului ar reprezenta un demers la fel de unilateral – şi cu totul eronat în foarte multe situaţii – cum ar fi a pune invariabil pe seama unor manifestări neadecvate ale clientului „abaterile” terapeutului de la neutralitatea impusă în mod tradiţional. Ba mai mult, chiar în condiţiile în care înrădăcinarea contratransferului în zonele de conflicte nerezolvate ale terapeutului se situează în afara oricărui dubiu, eforturile depuse în vederea clarificării contribuţiei clientului se pot dovedi la fel de utile. Fondul conflictual al terapeutului nu face în anumite situaţii decât să împrumute un plus de accent unei reacţii emoţionale care oricum şi-ar fi făcut simţită prezenţa. Faptul că terapeutul prezintă la rândul lui probleme ce nu au fost soluţionate şi că acestea pot fi interferate în anumite situaţii cu relaţia terapeutică este o realitate ce nu trebuie ascunsă cu tot dinadinsul clientului. Pe de altă parte însă, interesul real al acestuia din urmă faţă de conflictele terapeutului este în mod firesc doar unul redus. Reacţia mult exagerată a terapeutului pe fondul problemelor sale prezintă o semnificaţie personală pentru client doar dacă din punctul lui de vedere este util să ia în consideraţie impactul pe care anumite comportamente îl pot avea asupra unor persoane cu care vin în contact în viaţa lor de zi cu zi şi ar putea prezenta, la rândul lor, o vulnerabilitate similară cu cea evidenţiată în cazul terapeutului. Considerăm că, în acest context, poziţia cu adevărat integratoare este mai degrabă cea exprimată de către Gabbard (1995). El apreciază că proporţia în care cei doi actori ai relaţiei terapeutice îşi aduc contribuţia la determinarea contratransferului variază de la caz la

caz. Putem înţelege că o astfel de optică nu este în măsură să corespundă exigenţelor unui cercetător interesat în circumscrierea unei game cât mai restrânse a formelor concrete pe care o variabilă luată în studiu le poate îmbrăca, dar cu certitudine va putea cuprinde în mult mai mare măsură imensa varietate de situaţii concrete întâlnite în practica de zi cu zi a psihoterapiei. Apreciem deci ca fiind utilă nu atât operarea unei separări nete şi oarecum în contradicţie cu tradiţia psihoterapiei de orientare psihanalitică – între „contratransferul" definit ca manifestare produsă prin excelenţă de conflictele scăpate de sub control ale terapeutului şi reacţiile emoţionale ale acestuia din urmă generate prin alte mecanisme –, cât mai degrabă de a identifica, în vederea unei gestionări diferenţiate, contribuţiile individuale ale clientului, respectiv ale terapeutului la producerea fenomenelor reunite sub termenul generic *transfer*. Un prim avantaj rezultat din păstrarea caracterului de „plajă largă" sau „umbrelă cuprinzătoare" a termenului *contratransfer* ar fi acela că astfel o serie dintre cele mai importante manifestări, considerate până acum „contratransferenţiale", şi-ar păstra identitatea. În caz contrar, ne-am trezi că o gamă întreagă de fenomene, pentru a căror identificare şi tratare au fost elaborate instrumente specifice în cadrul practicii terapiilor psihodinamice ce şi-au dovedit eficienţa, şi-ar pierde dintr-o dată suportul conceptual, devenind „marii anonimi" ai psihoterapiei. Sau, în cazul mai fericit al unui „botez" ce ar avea loc cât de curând, ar fi cu adevărat o performanţă să ne imaginăm cum ar putea noii sosiţi pe tărâmul psihanalizei, respectiv al psihoterapiei în general, să stabilească legătura dintre multitudinea de manifestări clinice desemnate de proaspătul termen şi literatura bogată ce le-a fost consacrată pe când erau etichetate cu denumirea de „contratransfer".

Un important mecanism, implicat frecvent – chiar dacă nu întotdeauna – în dezvoltarea contratransferului, pe care îl vom prezenta în continuare, este cel al identificării proiective.

Conceptul de „identificare proiectivă" a fost introdus în literatura de specialitate de Melanie Klein pentru desemnarea unui mecanism psih(olog)ic ce, în concepţia sa, reprezenta în esenţă o formă a proiecţiei (Laplanche şi Pontalis, 1994). Astfel, conceptul dispune de un lung şi controversat istoric, ale cărui începuturi datează din 1946 şi la a cărui construcţie şi-au adus contribuţia numeroşi reprezentanţi ai diverselor şcoli de orientare analitică, prin definiţiile şi interpretările lor, de cele

mai multe ori diferite sau chiar întru totul contradictorii. Astfel, definirea conceptului înseamnă o sarcină dificilă şi pentru noi, având în vedere faptul că divergenţele de opinii cu privire la natura exactă a acelor fenomene pe care identificarea proiectivă le-ar descrie, respectiv la mecanismele şi/sau elementele esenţiale implicate, persistă şi în prezent.

Unii autori (Bion, Hamilton) propun utilizarea conceptului în sensul său cel mai larg, pentru desemnarea unui fenomen decelabil practic în orice relaţie interpersonală (în primul rând în relaţia dintre copilul mic şi mama sa, iar mai târziu şi în relaţiile vârstei adulte) şi care se exprimă în fantezii deopotrivă pozitive şi negative. Acest fenomen poate fi prezent într-o formă „normală" (nepsihopatologică) sau, dimpotrivă, într-o variantă psihopatologică, şi în funcţie de aceasta prezintă particularităţi diferite (adică ponderea diverselor elemente componente ale identificării proiective poate fi mult diferită în cazul persoanelor sănătoase psihic sau cu tulburări uşoare, faţă de cazul celor cu tulburări severe). În acest sens larg, Hamilton (1996) defineşte identificarea proiectivă ca fiind procesul prin care, pe parcursul interacţiunii cu o altă persoană, un anumit conţinut intern (sentiment, dorinţă, însuşire) ce aparţine *self*[1]-ului se proiectează asupra obiectului[2], subiectul încercând prin aceasta să controleze conţinutul ce a fost proiectat şi pe care, astfel, îl consideră ca aparţinând obiectului. Malancharuvil (2004), în acord cu Klein, descrie identificarea proiectivă ca fiind o formă agresivă a relaţiei cu obiectul, în cadrul căreia persoana integrează părţi detestate ale propriei persoane în celălalt, realizând astfel o identificare a obiectului cu acele părţi de care se delimitează, cu scopul vătămării obiectului.

Dorim să subliniem două caracteristici ale identificării proiective: pe de o parte, subiectul se raportează de cele mai multe ori la conţinutul proiectat ca fiind străin de sine şi aparţinând interlocutorului, iar pe de altă parte, o dată ce percepe în comportamentul acestuia din urmă expresiile conţinutului proiectat, el va face eforturi (de cele mai multe

1. Self: „reprezentări psihice conştiente şi inconştiente, referitoare la propria persoană" (Hamilton, 1996, p. 15).
2. Obiect: „persoană, loc, lucru, reprezentare sau amintire investit(ă) cu energie emoţională (dragoste, ură, sau combinaţia mult mai nuanţată a celor două)" (Hamilton, *op. cit.*, p. 12).

ori inconştient) în direcţia manipulării conţinutului respectiv. Spre exemplu, o persoană poate proiecta propriile sale sentimente de furie asupra unei alte persoane, astfel că se va percepe pe sine lipsită de furie (poate simţi tristeţe sau orice alt sentiment), în timp ce va sesiza furia în manifestarea celuilalt şi i-o va atribui acestuia, astfel că va căuta să-l „calmeze" (deci să controleze furia exprimată de el). Credem că mulţi cititori pot evoca din propria experienţă, o situaţie în care, spre exemplu, o altă persoană le-a relatat o dispută pe parcursul căreia au experimentat o atitudine nedreaptă, agresivă din partea interlocutorului şi faţă de care nu şi-au putut apăra punctul de vedere. Probabilitatea ca într-o astfel de situaţie cititorul să fi simţit indignare sporită, uneori chiar vehementă, respectiv să fi experimentat tendinţa de a reacţiona în genul: „Cum, dar nu se poate! Trebuia să-i spui... Trebuia să faci...", de a-l copleşi pe celălalt cu sfaturi ca: „Nu se poate să te laşi astfel călcat(ă) în picioare. Trebuie să te aperi şi, în primul rând, trebuie să te aduni, să faci ceva... etc.", este cu atât mai mare cu cât acesta se manifestă mai pasiv pe parcursul relatării sale, adică cu cât indignarea şi furia pe care le-am considera îndreptăţite şi necesare într-o astfel de situaţie, par să lipsească. Este ca şi când cititorul ar fi „preluat" indignarea pe care celălalt pare să nu fie în stare să o mobilizeze.

Alţi autori (Meissner, 1998; Thomä şi Kächele, 1999 etc.), deşi în general nu contestă valabilitatea abordării menţionate mai sus, consideră necesară restrângerea sensului conceptului, pe de o parte datorită faptului că identificarea acestui fenomen în practică ridică oricum o serie de dificultăţi, iar pe de altă parte deoarece, în opinia lor, acele particularităţi ce caracterizează procesele de identificare proiectivă apărute în cursul proceselor psihopatologice sunt esenţialmente diferite de cele care pot fi observate în cazul identificării proiective din cadrul proceselor psihice „normale" (nepatologice). Astfel, autorii citaţi propun limitarea utilizării conceptului pentru desemnarea unui anumit gen de interacţiune între client şi terapeut şi consideră că un criteriu definitoriu al identificării proiective este reprezentat de calitatea sa de mecanism defensiv, aceasta intrând în funcţiune atunci când conţinutul proiectat are un caracter inacceptabil, insuportabil pentru persoană. Identificarea proiectivă va proteja deci subiectul de conştientizarea, respectiv trăirea unui sentiment ori impuls inacceptabil sau insuportabil pentru el, şi în acelaşi timp îi va permite participarea indirectă – deci protejată – la exprimarea acelui sentiment/impuls. Ca atare, în condiţiile în care o

persoană se teme de confruntarea cu anumite sentimente şi emoţii datorită naturii şi/sau intensităţii lor (de exemplu, acestea ar putea fi extrem de dureroase sau se pot asocia cu o anxietate foarte puternică), „se foloseşte de identificarea proiectivă" tocmai pentru că nu dispune (sau crede că nu dispune) de modalităţi eficiente de înfruntare a acestora (persoana poate prezenta dificultăţi în recunoaşterea, înţelegerea, acceptarea sau/şi exprimarea adecvată a sentimentelor în cauză). Astfel, în situaţiile care cheamă la viaţă sentimentele problematice pentru persoană, identificarea proiectivă îşi îndeplineşte rolul de mecanism defensiv descris mai sus şi, în acelaşi timp, funcţionează şi ca un instrument de expresie şi descărcare emoţională, având în vedere faptul că, în măsura în care acest proces se desfăşoară neobstrucţionat, subiectul poate „trăi" şi „exprima" indirect, prin intermediul celuilalt, sentimentele reprimate, realizându-se astfel o reducere a tensiunii emoţionale a subiectului, în condiţiile în care alte modalităţi, mai eficiente pentru aceasta, nu îi erau accesibile acestuia.

Casement (1999) subliniază funcţia de comunicare emoţională a identificării proiective, considerând că din punctul de vedere al practicii terapeutice are relevanţă mai cu seamă forma fenomenului la care se recurge – de obicei inconştient – tocmai în acest scop. Redăm în cele ce urmează, după Casement (1999), etapele în care se desfăşoară această variantă interpersonală a identificării proiective:

1. Persoana „percepe", la un nivel mai degrabă inconştient, sentimente/emoţii inacceptabile pentru ea.
2. Aceste sentimente/emoţii deosebit de puternice, nemodulate declanşează fanteziile inconştiente prin intermediul cărora persoana proiectează trăirea critică asupra interlocutorului.
3. În continuare, intră în funcţiune alte „manevre" inconştiente, cu ajutorul cărora subiectul încearcă să exercite asupra interlocutorului presiuni emoţionale, pentru a-l determina pe acesta din urmă să experimenteze sentimentele/emoţiile în discuţie.
4. În măsura în care această strategie inconştientă este încununată de succes, interlocutorul trăieşte sentimentele/emoţiile în condiţiile în care, în acelaşi timp, le percepe ca fiind „nejustificate" ca intensitate sau „surprinzătoare", oarecum incompatibile cu reacţia empatică expectată (de exemplu, percepe mânie în contextul istorisirii unei situaţii încărcate de tristeţe).

Autorul citat ilustrează procesul identificării proiective cu un emoționant exemplu din practica personală. Prezentăm în continuare cazul, după Casement (1999), împreună cu comentariile autorului.

Clienta este o tânără doamnă, îndrumată să solicite psihoterapie pentru probleme de frigiditate. Problemele sexuale ale cuplului, care durau de cinci ani, au determinat tensiuni atât de puternice, încât relația dintre parteneri se afla în pericol de destrămare. Deși investigațiile medicale nu evidențiaseră nereguli obiective, cu trei ani înaintea prezentării pentru psihoterapie, soția se supusese unei intervenții de sterilizare, deoarece anterior, cuplul pierduse doi copii, în împrejurări tragice. Ambii copii se născuseră aparent sănătoși, însă după câteva luni starea lor a început să se înrăutățească vertiginos din cauza unei disfuncții de dezvoltare cerebrală. Primul copil al cuplului trăise 15 luni, iar cel de-al doilea, 10. În aceste condiții, în scopul prevenirii unei tragedii similare, medicii recomandaseră sterilizarea. Redăm în continuare relatarea lui Casement (1999, p. 60) referitoare la reacțiile și trăirile experimentate de autor pe parcursul interviului cu clienta sa și soțul acesteia: „...cel mai surprinzător a fost că, în timp ce relata această groaznică succesiune de pierderi și durere, mimica și tonul vocii rămăseseră inflexibile și lipsite de viață. Nici chiar atunci când vorbea despre boala copiilor și despre agonia lor înceată nu a manifestat nici o emoție. În schimb, propriile mele trăiri, pe măsură ce o ascultam, aproape că m-au copleșit. Am simțit cum, în mine, în sensul cel mai strict al cuvântului, eram zguduit de plâns. Reacția aceasta m-a determinat să reflectez asupra a ceea ce se petrecea înăuntrul meu. Știam că mă impresionează puternic, în general, orice relatare despre moartea unui copil. Să fie, oare, aceasta o problemă contratransferențială personală ce are legătură numai cu persoana mea? Am reflectat asupra acestei posibilități verosimile. Însă, pe măsură ce meditam la aceste lucruri, am început să realizez de ce eram atât de atins: dacă dna T. ar plânge cu propriile lacrimi, atunci n-ar fi nevoie să fiu atât de tulburat. Motivul pentru care relatarea lor a avut un asemenea efect asupra mea trebuie să aibă legătură cu faptul că femeia nu este capabilă să manifeste nici un fel de emoție proprie. (...) Dna T. a făcut mai mult decât să proiecteze asupra mea sentimentele sale – *m-a făcut pe mine să simt ceea ce ea nu era capabilă să simtă la modul conștient.* (...) cel mai

puternic impact asupra mea l-a avut faptul că ea părea lipsită de orice sentiment, iar rezultatul a fost că am vărsat lacrimi ce nu erau ale mele".

Şi alţi autori acordă atenţie mai cu seamă acelor procese de identificare proiectivă ce se manifestă în cadrul relaţiei terapeutice, considerând că acestea prezintă o relevanţă specială. Astfel, Thomä şi Kächele (2000), în contextul problematicii transferului şi al contratransferului, subliniază şi susţin afirmaţia interesantă a lui von Porder, conform căreia o componentă esenţială a identificării proiective este reprezentată de o „identificare cu agresorul", aceasta în sensul că, prin intermediul acelor manevre inconştiente, clientul determină în terapeut „acele" sentimente pe care el însuşi trebuie să le fi trăit în situaţia sau relaţia/relaţiile traumatizante. Procesul urmează un scenariu al cărui regizor este însuşi clientul (în mod inconştient) şi, conform acestui scenariu, celor doi protagonişti – clientul şi terapeutul – le sunt distribuite într-un anume mod rolurile „agresorului" şi, respectiv, al „victimei". De cele mai multe ori, procesul se derulează astfel: clientul descrie situaţia/situaţiile problematice în aşa fel încât se prezintă pe sine ca pe o „victimă" a acesteia/acestora, în timp ce rămâne fie „golit de afecte", fie exprimă alte emoţii decât cele la care ne-am aştepta în contextul respectiv. În cele ce urmează, putem spune că clientul se identifică cu sursa acelei agresiuni a cărei victimă a fost (părinte sau altă persoană importantă pentru el, soartă etc.), în sensul că încearcă să-l „convingă" pe terapeut de veridicitatea şi justeţea lipsei de afect manifestate recurgând tocmai la acele argumente care l-au constrâns şi îl constrâng în continuare să reprime acel sentiment/emoţie. Se poate observa cum clientul îşi asumă practic ambele roluri, simultan: pe de o parte, cel al „victimei", şi pe de altă parte, mai mult sau mai puţin explicit, şi pe cel al „agresorului". O variantă mai explicită şi deci mai evidentă a aşa-numitei „identificări cu agresorul" se poate observa atunci când clientul, prin comportamentul manifestat faţă de terapeut, caută să-l aducă pe acesta într-o situaţie similară cu cea trăită de el însuşi, cu scopul de a-i declanşa terapeutului o reacţie emoţională similară celei experimentate de el în situaţia sau relaţia traumatizantă. Putem exemplifica cum în măsura în care sentimentele problematice ale clientului sunt legate de experienţa de a se simţi neglijat, el se poate comporta faţă de terapeut în aşa fel încât acesta să se simtă neglijat.

O clientă se plângea de faptul că se simţea neimportantă pentru prietenul ei, deoarece acesta nu petrecea cu ea atât timp cât ar fi dorit ea, nu îşi manifesta dragostea pentru ea prin mici atenţii cotidiene (de exemplu, ea ar fi dorit să vorbească la telefon în zilele când nu se întâlneau, să primească SMS-uri care să ateste sentimentele pozitive ale prietenului etc.). Unul dintre lucrurile care o răneau cel mai mult însă era faptul că se întâmpla relativ des ca prietenul să anuleze întâlnirile stabilite, respectiv să nu răspundă la telefon atunci când ea îl suna şi nici nu îi telefona mai târziu, văzând că fusese căutat de ea. Astfel, clienta noastră „simţea” că nu e destul de importantă, destul de dorită, şi totodată spera că lucrurile nu stau chiar aşa, se gândea că prietenul ei nu realizează cât de importante sunt aceste lucruri, manifestări de afecţiune pentru o femeie, că „aşa sunt bărbaţii”, respectiv că-l va putea face să înţeleagă toate acestea şi să-l determine să-şi schimbe comportamentul. În acelaşi timp, se simţea extrem de frustrată şi de aceea de multe ori se certa vehement cu prietenul ei, căutând să-l facă astfel să înţeleagă ce anume dorea de la el. Pe de altă parte, ea se simţea foarte tristă, plângea mult, îşi neglija alte activităţi şi aproape întreaga sa energie şi interesul ei erau centrate pe relaţia lor, evocând de nenumărate ori şi cu lux de amănunte întâlnirile precedente, gesturile şi cuvintele prietenului, căutând să le găsească diverse interpretări şi justificări. Dra A. era de multe ori copleşită de teamă, gândindu-se că prietenul său o va părăsi şi nutrea convingerea că nu ar putea suporta lucrul acesta, că „ar muri”. „Simţea” că ar fi în stare de orice şi ar accepta orice pentru a-l păstra. Lucrurile decurgeau în acest fel de mai multe luni, pe parcursul cărora clienta noastră „pierduse teren”, în sensul că, deşi uneori prietenul ei păruse să-i dea dreptate, promisese că se va schimba şi pentru scurt timp chiar realizase lucrul acesta, cuplul având astfel scurte perioade mai armonioase, acestea erau repede înlocuite de absenţe din ce în ce mai îndelungate din partea prietenului (pe parcursul ultimei luni se văzuseră doar de două ori şi în ciuda apelurilor zilnice, repetate ale drei A., prietenul ei „nu avusese timp” să vorbească cu ea la telefon). Iniţial, dra A. solicitase terapie pentru o tulburare de panică cu agorafobie şi terapia evoluase satisfăcător în această privinţă. Între timp s-au suprapus problemele descrise mai sus în relaţia cu prietenul ei, şi d-ra A. a început să contramandeze în ultimul moment şedinţele terapeutice, invocând că trebuia să meargă la dentist, să

gătească, deoarece aştepta musafiri etc., sau se întâmpla chiar să uite datele planificate, iar atunci când venea, o făcea cu întârziere sau pleca mai repede, motivând că „nu are timp să stea". Se făcuse simţită şi o altă modificare importantă în relaţia cu terapeutul, în sensul că dacă iniţial avusese o reacţie terapeutică foarte bună, acum, fie părea cu totul refractară la orice încercare de intervenţie, percepând acestea ca fiind expresia unor expectanţe injuste, fie sub aparenţa unei reacţii pozitive îşi menţinea „împotrivirea", ce se manifesta ulterior, cu ocazia şedinţei următoare. Prezentăm relatările terapeutului referitoare la propria sa experienţă legată de această interacţiune: „...m-am gândit iniţial că acum, deoarece problema pentru care venise iniţial la terapie este în mare parte rezolvată, *nu mai este important* pentru ca să respecte angajamentul. Simţeam că acest comportament mă face să mă simt frustrată şi mânioasă. Mă surprindeam gândind: «A. îşi bate joc de mine şi de timpul meu». În acelaşi timp, percepeam şi o oarecare nelinişte: «Ce se întâmplă, de ce nu mai reuşesc să *ajung* la ea? Orice încercare de a mă apropia se izbeşte parcă de un zid». Simţeam că trebuie să fac ceva. Că această situaţie trebuie să înceteze. Că trebuie să stabilesc, din nou, foarte ferm, limitele şi termenii contractului nostru. Şi atunci am realizat că asta era de fapt dificultatea clientei în relaţia cu prietenul ei: că nu reuşea să-şi apere limitele".

Putem observa că ceea ce dra A. făcea în terapie semăna extrem de mult cu comportamentul prietenului ei, comportament pe care dorea cu disperare să îl schimbe, însă datorită temerii că l-ar pierde, respectiv că nu ar putea supravieţui durerii consecutive acestei pierderi, nu reuşea să îşi mobilizeze acea mânie cu adevărat protectoare, care ar fi ajutat-o să ţină la distanţă un comportament ce o rănea neîncetat. Este interesant de remarcat în acest caz că, deşi dra A. avea frecvent accese de mânie faţă de prietenul ei, acest fel de mânie nu o putea proteja cu adevărat, de vreme ce nu putea mobiliza nimic altceva decât cuvinte de reproş şi rugăminţi pline de insistenţă adresate prietenului. Mânia de care ar fi avut nevoie dra A. era aceea care ar fi putut să o ajute să îşi modifice ea însăşi comportamentul faţă de o persoană care îi oferea din ce în ce mai puţin, provocându-i în schimb din ce în ce mai multă suferinţă. Ştim că în relaţiile interpersonale, încă din cea mai fragedă perioadă a vieţii, mânia este sentimentul ce slujeşte diferenţierea individuală, conturarea şi protecţia limitelor personale. În cazul drei A., teama de

durerea pricinuită de eventuala pierdere a prietenului împiedica accesul conştient la această mânie ego-protectoare, astfel că procesul de identificare proiectivă ce s-a manifestat între ea şi terapeut a fost modalitatea prin care clienta, pe de o parte, s-a eliberat de o parte a tensiunii emoţionale pe care o trăia, iar pe de altă parte, şi-a comunicat trăirile şi nevoia ei de a-şi proteja limitele. În cazul acestui tip de interacţiune, terapeutului îi este destinat rolul „victimei" şi, în opinia lui von Porder, tocmai această „reconstituire" a situaţiei traumatizante, cu rolurile inversate (din perspectiva clientului), reprezintă cea mai importantă interacţiune în cadrul transferului şi contratransferului la pacienţii în cazul cărora se manifestă aşa-numita „identificare proiectivă" (Thomä şi Kächele, 2000). În acord cu opinia autorilor citaţi, dorim să subliniem în acelaşi timp o altă funcţie importantă a identificării proiective, ce rezidă tocmai în obţinerea de către client a unui alt model de reacţie decât cel de care dispune.

Putem spune astfel că, din punct de vedere terapeutic, identificarea proiectivă are valenţe adaptative, în sensul că reprezintă din partea clientului o încercare de comunicare a acelor trăiri emoţionale pe care nu le poate identifica şi/sau exprima altfel, iar pentru terapeut, în măsura în care „răspunde invitaţiei" clientului, reprezintă o şansă de a înţelege experienţa clientului său.

Gelso *et al.* (2002) remarcă faptul că în ultimii ani s-au acumulat suficiente date empirice care susţin incidenţa ridicată a reacţiilor contratransferenţiale, chiar în condiţiile adoptării unor definiţii „conservatoare şi relativ înguste" ale termenului. Această constatare, coroborată cu recunoaşterea faptului că, eşuând în a-şi gestiona reacţia contratransferenţială, terapeutul se expune inevitabil riscului de a-şi lăsa munca terapeutică să fie contaminată de conflictele sale nerezolvate şi de a înregistra rezultate precare în eforturile sale de a veni în ajutorul clientului, pledează pentru o atenţie deosebită manifestată faţă de această problemă. Importanţa contratransferului ca temă pentru psihoterapia dinamică este subliniată şi de observaţia lui Schaeffer, care nota în 1992 că analiza reacţiilor din această categorie ale terapeutului alcătuieşte, alături de cea a transferului şi a rezistenţelor, tripleta de accente a căror prezenţă defineşte un tratament ca fiind în esenţă psihanalitic (*apud* Holmqvist, 2001).

Laplanche şi Pontalis (1994) delimitează din punct de vedere tehnic trei direcţii majore de gestionare a reacţiilor contratransferenţiale ale terapeutului, manifestate în cadrul tratamentului :

a) O primă poziţie susţine limitarea cât mai strictă a reacţiilor contratransferenţiale prin analiza personală a terapeutului, astfel încât suprafaţa de proiecţie a situaţiei analitice să fie structurată în exclusivitate de reacţiile transferenţiale ale clientului.
b) A doua direcţie susţine opinia că în cadrul travaliului analitic trebuie să exploatăm manifestările contratransferului şi – urmând indicaţiile lui Freud – trebuie să extindem controlul asupra lor pornind de la premisa că „fiecare posedă în propriul inconştient un instrument cu ajutorul căruia poate interpreta expresiile inconştientului altor oameni".
c) În sfârşit, a treia dintre poziţii sugerează utilitatea monitorizării propriilor noastre reacţii contratransferenţiale în vederea interpretării acestora ca manifestări ale rezonanţei de la inconştient la inconştient. Deşi autorii citaţi nu invocă în acest context identificarea proiectivă, apreciem că acesta este mecanismul prin care s-ar realiza „rezonanţa" invocată de autori.

Gelso *et al.* (2002) identifică cinci caracteristici ale terapeutului relevante din punctul de vedere al strategiilor fundamentale de gestionare a contratransferului : înţelegerea de sine (*self-insight*), integrarea de sine (*self-integration*), controlul anxietăţii, empatia şi recurgerea la abilităţile de conceptualizare.

Înţelegerea de sine se referă la luarea la cunoştinţă de către terapeut a propriilor sentimente şi a înţelegerii forţelor motivaţionale ce se ascund în spatele acestora (de exemplu, „terapeutul este adesea conştient de emoţiile pe care clientul le evocă în el/ea").

Integrarea de sine implică recunoaşterea frontierelor ce separă persoana terapeutului de cea a clientului (de exemplu, „înţelege la modul eficient relaţiile dintre sentimentele sale şi cele trăite de către client").

Controlul anxietăţii este definit de măsura în care terapeutul se dovedeşte capabil să gestioneze teama, respectiv neliniştea cu care el însuşi se confruntă (de exemplu, „nu devine excesiv de neliniştit atunci când se confruntă cu majoritatea problemelor clientului").

Empatia cuprinde atât capacitatea racordării la emoţiile clientului, cât şi înţelegerea raţională a trăirilor acestuia (de exemplu, „poate identifica de regulă experienţele interioare ale clientului").

În sfârşit, *abilităţile de conceptualizare* sunt definite ca fiind acele capacităţi ale terapeutului, care îi permit să conceptualizeze atât dinamica intrapsihică a clientului, cât şi pe cea a relaţiei terapeutice (de exemplu, „poate identifica de regulă dinamica relaţiei terapeutice"). Măsura în care terapeutul posedă aceste caracteristici, respectiv cea în care recurge la strategiile pe care acestea le implică, poate fi apreciată cu ajutorul Inventarului Factorilor Contratransferenţiali (*Countertransference Factors Inventory* - CFI), elaborat de Gelso *et al.* (1991). CFI cuprinde 50 de itemi şi permite atât calcularea unui scor pentru cele cinci subscale, cât şi a unui scor global. Evaluarea se face de către un supervizor şi vizează nu activitatea terapeutului din cadrul unei şedinţe terapeutice sau a terapiei unui client anume, ci capacitatea generală a terapeutului de a gestiona contratransferul.

Bollas (1989), care atrage atenţia asupra faptului că terapeutul nu îşi poate limita eforturile atenţionale la concentrarea asupra trăirilor clientului şi că este important în egală măsură să-şi detecteze propriile trăiri, consideră totodată ca necesară dezvăluirea acestora în beneficiul clientului, permiţându-i acestuia să le utilizeze în mod selectiv. În aceeaşi ordine de idei, Livnay (1996) apreciază că dezvăluirea conţinuturilor contratransferenţiale pe parcursul terapiei poate antrena următoarele efecte favorabile:

- întăreşte în client simţul realităţii;
- clarifică impactul produs de comportamentul clientului atât asupra terapeutului, cât şi asupra celorlalţi;
- îl asigură pe client de autenticitatea terapeutului şi de caracterul „viu", natural al acestuia;
- sporeşte gradul de intimitate al relaţiei terapeutice şi creează premisele favorabile pentru exprimarea emoţiilor;
- întăreşte reciprocitatea dezvăluirii de sine relevante.

Langs (1982) identifică următoarele secvenţe considerate tipice pentru prelucrarea contratransferului:

- contratransferul se exteriorizează în cadrul relaţiei terapeutice, îmbrăcând forma unei erori tehnice. Prin această eroare, terapeutul repetă o interacţiune patogenă din trecut;

- clientul sesizează şi introiectează cele întâmplate la nivel inconştient, întărind astfel conţinuturile patologice introiectate şi reacţiile nevrotice neadaptate ;
- clientul comunică în mod inconştient că a detectat problema contratransferenţială şi mobilizează – de regulă inconştient – eforturi pentru „vindecarea" atât a conţinuturilor patologice introiectate, cât şi a terapeutului ;
- terapeutul sesizează şi rezolvă dificultăţile contratransferenţiale, această secvenţă incluzând în egală măsură beneficiile implicite ce rezultă din eforturile terapeutice ale clientului, cât şi ajustarea într-o direcţie constructivă a raportării terapeutului. Acest din urmă element al schimbării favorabile a atitudinii este în esenţă cel care reprezintă diferenţa esenţială dintre terapeut şi personajele din trecutul clientului care au exercitat o influenţă patogenă asupra acestuia ;
- corectarea efectelor contratransferului în cadrul interacţiunii terapeutice cu clientul ;
- analiza şi prelucrarea modului în care clientul a răspuns la această succesiune de secvenţe de interacţiune cu terapeutul.

Ferenczi, autorul care a recunoscut rezistenţa terapeutului faţă de contratransfer, a identificat trei etape caracteristice ale acesteia (*apud* Thomä şi Kächele, 1999) :

1. Într-o primă fază a contratransferului, terapeutul se dovedeşte încă în stare să controleze atât la nivelul comportamentului şi la cel al exprimării verbale, cât şi la cel al sentimentelor sale tot ceea ce consideră că ar putea genera complicaţii în cadrul relaţiei terapeutice.
2. În a doua etapă, terapeutul manifestă o rezistenţă puternică faţă de contratransfer, ceea ce antrenează riscul transformării atitudinii sale faţă de clientul său într-una rece şi distantă. Această modificare de atitudine poate inhiba într-o măsură semnificativă dezvoltarea transferului.
3. În sfârşit, în cadrul celui de-al treilea stadiu, terapeutul reuşeşte să depăşească rezistenţa şi, ca o consecinţă, se creează condiţiile pentru prelucrarea contratransferului.

5.3.4.1. *Rezistențele față de contratransfer*

Rezistențele manifestate de terapeut față de luarea la cunoștință a reacțiilor contratransferențiale, respectiv față de dezvoltarea acestora, țin în bună măsură de acele convingeri iraționale formulate sub formă de prescripții imperative, pe care le dezvoltăm față de rolurile noastre profesionale. Cele mai importante dintre acestea au fost cuprinse de Williams (1992, pp. 216-217) în următoarea listă:

a) Trebuie să am succes cu toți clienții mei.
b) Dacă voi eșua, asta înseamnă că nu am suficiente cunoștințe.
c) Fiecare ședință terapeutică trebuie să se desfășoare ca la carte.
d) Eu sunt responsabil pentru starea de bine a clientului meu.
e) Toți clienții mei trebuie să mă trateze cu respect și afecțiune.
f) Trebuie să fiu un terapeut mai bun decât oricine altcineva.
g) Ca terapeut trebuie să știu în oricare moment al terapiei ce am de făcut.
h) Ca terapeut nu pot prezenta problemele mele emoționale.
i) Nu pot nutri sentimente negative față de clienții mei.
j) În nici un caz nu-mi pot permite să ajung în situația de a judeca greșit sau de a acționa greșit în văzul clienților mei.

Însușirea acestor pretenții iraționale are drept rezultat faptul că terapeutul le conferă statutul de obiective sau chiar ambiții personale, trăind orice abatere de la realizarea lor ca pe un eșec. Sub influența acestei optici, cooperarea clientului („ajutorul" venit din partea acestuia) poate da naștere unor puternice reacții emoționale pozitive din partea terapeutului, în timp ce manifestările exprimând rezistență ale clientului riscă să fie interpretate ca tentative de sabotare a intereselor terapeutului și, prin urmare, să genereze reacții emoționale de tipul supărării, mâniei, urii sau chiar a agresiunii deschise. Situația devine și mai complicată din moment ce aceste sentimente sunt, la rândul lor, incompatibile cu idealul terapeutic reprezentat de atitudinea neutră față de client, astfel încât tentația resimțită de terapeut de a nu-și lua la cunoștință emoțiile și de a prezerva astfel nealterată imaginea de „profesionist impecabil" poate fi la rândul ei atât de mare, încât acesta să-i cedeze, raportarea contratransferențială rămânând inconștientă.

Asemenea manifestărilor transferenţiale, cele care fac parte din cadrul contratransferului sunt supuse şi ele interpretării, acest demers făcând parte integrantă din arsenalul de tehnici al psihoterapiilor dinamice de scurtă durată. Această formă de intervenţie va fi prezentată de asemenea în cadrul subcapitolului dedicat interpretării.

5.3.5. *Scurtă sinteză şi perspective*

Principiile teoriei ce fundamentează psihoterapiile dinamice de scurtă durată sunt însumate în cele ce urmează de către Malan (1989):

1. Persoana recurge la variate mecanisme de apărare pentru a evita durerea psihică sau conflictele, respectiv pentru a dobândi controlul asupra impulsurilor pe care le apreciază ca fiind inacceptabile.
2. Gama pe care se întind aceste procese variază de la cele aproape în întregime conştiente până la cele situate cu totul în afara sferei de cuprindere a conştiinţei. În cazul celor dintâi, suprimarea lor necesită doar câteva cuvinte bine ţintite, pe când la cele din urmă desluşirea mecanismelor poate necesita eforturi terapeutice dispuse pe o perioadă de mai mulţi ani.
3. Rezultatul final al proceselor de mobilizare a mecanismelor de apărare se concretizează de multe ori sub forma unor comportamente neadaptate sau a unor simptome nevrotice.
4. Comportamentul, respectiv simptomul, prezintă frecvent funcţii în acelaşi timp expresive şi defensive, sentimentele sau impulsurile ce se doresc a fi evitate apărând sub o formă „deghizată".
5. Impactul acestor comportamente, sau simptome, este negativ asupra tuturor celor care vin în contact cu persoana şi, nu în ultimul rând, asupra ei înseşi.
6. Chiar în condiţiile în care persoana este conştientă de aceste consecinţe autodistructive, ea se poate dovedi a fi incapabilă să controleze puternicele forţe intrapsihice sub a căror influenţă se află.
7. Una dintre formele pe care aceste consecinţe negative le pot îmbrăca este aceea a unui cerc vicios care organizează relaţia dintre persoană şi mediul ei.
8. Una dintre sarcinile principale ale terapeutului constă în a analiza în propria conştiinţă, iar într-o etapă ulterioară să interpreteze pentru

client rezultatul final al acestor mecanisme, folosindu-se de următorii termeni : (a) instrumentele utilizate în vederea evitării durerii psihice, a conflictului, respectiv a emoţiilor neacceptabile (*apărarea*) ; (b) consecinţele temute ale accederii la suprafaţă a acestor emoţii şi sentimente (*anxietatea*) ; şi (c) natura propriu-zisă a emoţiilor ascunse. Acestea sunt de fapt elementele ce constituie aşa-numitul „triunghi al conflictului", adică acel model care prezintă structura scheletică a conflictele psihologice şi este utilizat în psihoterapiile dinamice de scurtă durată ca o veritabilă busolă în reconstituirea elementelor componente ale problemelor psihologice şi a relaţiilor dintre ele.

Se impune să arătăm că, în ultimele câteva decenii, edificiul conceptual sau, mai degrabă, edificiile conceptuale ale psihanalizei au fost supuse ofensivei în continuă creştere a criticilor ce reclamau absenţa unei fundamentări temeinice, prin recursul la metodele de cercetare nomotetice. O lectură nepartizană a acestor reproşuri ne obligă să recunoaştem justeţea multora dintre observaţii, chiar dacă accentuarea acestora şi luarea lor unilaterală în consideraţie de către unii autori s-a transformat în argumentul ce s-a dorit a fi folosit pentru o ranchiunoasă discreditare a psihanalizei. În aceste condiţii, poziţia exprimată de Bornstein (2002) – şi împărtăşită în egală măsură de alţi autori – este cu certitudine una în acelaşi timp demnă de luat în seamă şi dătătoare de speranţă. Autorul citat se delimitează de acei psihanalişti care susţin imposibilitatea supunerii ideilor psihanalitice scrutinului cercetării empirice, făcând trimitere la cele peste 2.000 de studii publicate ce au demonstrat viabilitatea unui astfel de demers. Este poate de ajuns să cităm în acest sens cercetările din domeniul represiei, al ataşamentului la vârsta adultă sau al procesării implicite. Bornstein propune adoptarea unei strategii coerente de cercetare, care să adopte trei principii fundamentale :

a) Utilizarea datelor clinice pentru a genera ipoteze de cercetare testabile referitoare la dezvoltarea şi dinamica psihologică.
b) Testarea acestor ipoteze printr-o combinaţie a tehnicilor idiografice şi nomotetice.
c) Confruntarea propriilor paradigme cu cele din disciplinele înrudite, pentru a vedea în ce măsură ideile vehiculate în cadrul psihanalizei sunt compatibile cu rezultatele înregistrate în cadrul acestora.

Pe de altă parte, considerăm că abordarea psihodinamică poate profita şi de pe urma unor rezultate din domeniul psihologiei sociale sau al psihologiei experimentale, care au validat – uneori nemijlocit – multe dintre mecanismele descrise în cadrul psihanalizei. Imbasciati (2003), de exemplu, susţine că, dintre orientările psihodinamice, teoria relaţiei cu obiectul ar fi cea care se pretează în cea mai mare parte la o comparaţie cu ştiinţele cognitive, având în vedere accentul pus pe achiziţiile din primele perioade ale vieţii, pe structurarea funcţiilor mintale ca o consecinţă a primelor experienţe relaţionale şi pe elaborarea materialelor ce-şi au originea în contextul primelor experienţe senzoriale. Meritul acestei orientări ar consta în aceea că a deplasat focalizarea atenţiei dinspre cauzele endogene (instincte) în direcţia învăţării de pe urma experienţei personale. Sublinierea acestui aspect ar permite – după Imbasciati – conceptualizarea experienţelor nu doar în termeni afectivi, cum au fost descrişi aproape exclusiv în psihanaliză, ci (şi) în cei ai urmelor mnezice şi ai achiziţionării funcţiilor. Formarea acestora permite într-o primă instanţă organizarea perceptuală a inputurilor senzoriale, proces ce stă la baza lecturării şi recunoaşterii realităţii exterioare, şi, ulterior, „citirea" primelor produse ale sistemului mintal incipient. Astfel se creează premisele dezvoltării unei capacităţi de a percepe realitatea interioară la variate niveluri inconştiente, ajungându-se în final la construirea unei capacităţi de reprezentare ce poate deveni conştientă şi îşi poate asuma funcţia de guvernare a comportamentului.

Prinsă în menghina formată de „nemulţumirile" (Kirsner, 2004) exprimate faţă de ea de către contestatari – adesea cu agresivitate şi intoleranţă – şi de orgoliile adepţilor ei – de multe ori cu totul surde la argumentele exprimate întemeiat şi cu bună-credinţă – psihanaliza beneficiază, credem, de şansa unei aplecări mai ferme asupra modalităţilor de a aduce mult solicitatele dovezi empirice. Până atunci însă, putem atribui întregului edificiu o valoare euristică, în condiţiile în care unele dintre componente au şi fost validate de cercetări a căror temeinicie este cel puţin egală ce cea care a fundamentat concepte din alte domenii ale psihologiei.

Pe de altă parte, considerăm că psihanaliza poate manifesta deschidere faţă de intuiţii venite din partea altor orientări şi poate profita prin asimilarea acestora. Astfel, Bernstein (2001) consideră că practicarea

psihoterapiei psihanalitice combină teoria psihanalitică a tratamentului cu teoria psihanalitică a vindecării, combinaţia acestora reprezentând o importantă porţiune din teoria psihanalitică, iar aceasta la rândul ei, se suprapune parţial cu teoria generală a psihoterapiei, ce constituie în schimb o importantă parte a sferei mai cuprinzătoare a psihologiei umane.

5.4. Criterii de selecţie a clienţilor pentru psihoterapiile dinamice de scurtă durată

Realizarea în cadrul psihoterapiilor dinamice de scurtă durată a unor obiective comparabile cu cele vizate de tratamentele ce pot conta pe o durată mult mai lungă a interacţiunii cu clientul poate fi posibilă doar în condiţiile unei dirijări mai pronunţate a intervenţiei de către terapeut şi, implicit, a unei intensificări a acesteia. În astfel de condiţii, selectarea adecvată a clienţilor ce pot beneficia de pe urma travaliului terapeutic dobândeşte o importanţă crucială. Flegenheimer (1982) notează ca fiind cu adevărat ironic faptul că cei mai potriviţi candidaţi pentru psihoterapiile scurte ar fi tocmai acei clienţi potenţiali selectaţi de terapeuţii nefamiliarizaţi cu aceste forme de tratament şi pentru o terapie de lungă durată. Acest lucru se referă însă doar la faptul că o persoană relativ sănătoasă, ce a făcut dovada unei bune funcţionări în confruntarea cu solicitările cotidiene şi este în acelaşi timp inteligentă, sensibilă, receptivă la o gândire psihologică şi motivată suficient pentru schimbare în privinţa aspectelor ce ţin de problemele pe care le întâmpină, ar putea în principiu beneficia de pe urma ambelor forme de tratament cu maximum de eficienţă. Acest lucru nu înseamnă însă că oricare dintre clienţii ce ar putea fi acceptaţi cu bune şanse de reuşită pentru o terapie de lungă durată ar fi potrivit şi pentru una limitată în timp. Powers şi Alonso (2004) atrag atenţia, la rândul lor, că aceeaşi lungime a tratamentului nu poate fi potrivită tuturor, cum de altfel nu a fost niciodată. Astfel, unii clienţi au nevoie de o terapie mai îndelungată, iar alţii chiar solicită acest lucru. Un prim aspect ce trebuie avut în vedere atunci când selectăm clienţii este cel al eficienţei, a cărui importanţă este de prisos să o mai accentuăm. Considerăm util să amintim doar faptul că

a promite unei persoane ce urmează să se supună unei intervenţii terapeutice eficienţa intervenţiei este un act de maximă responsabilitate, potenţialul client renunţând la alte intervenţii care ar putea să-i asigure rezolvarea problemelor sale. Chiar mai important însă, în cazul terapiilor dinamice de scurtă durată trebuie să avem în vedere şi faptul că acestea supun clientul unor intervenţii ce riscă să genereze decompensări a căror intensitate o excede pe cea a problemelor iniţiale, în condiţiile în care constituţia psihologică a clientului nu îi permite acestuia să le poată prelucra în mod constructiv. Acesta este motivul principal pentru care specialiştii angrenaţi în practica psihoterapiilor dinamice de scurtă durată acordă o atenţie deosebită criteriilor de selecţie pentru aceste forme de terapie.

O primă poziţie demnă de luat în seamă în acest sens este cea formulată de Davanloo (1992a), care, pe baza experienţei acumulate cu aproximativ 150 de pacienţi, identifică patru categorii diagnostice majore ce se pretează la psihoterapia dinamică de scurtă durată :

1. Stările nevrotice care cuprind probleme oedipale explicite.
2. Stările nevrotice focalizate în jurul pierderilor suferite de către persoană.
3. Nevroze compulsive şi fobice persistente, ce pot prezenta mai multe elemente focale (acestea putând include probleme oedipale complicate sau pierderi).
4. Tulburări nevrotice sau de personalitate persistente, în cazul cărora nu se poate pune în evidenţă o problemă fundamentală, responsabilă pentru geneza problemei prezentată de client.

Este interesant de menţionat în acest sens şi opinia exprimată de Alexander, care aprecia că indicaţia psihoterapiei de scurtă durată ar fi bazată mai degrabă pe „capacitatea integrativă a forţei eului" decât pe simptomele prezentate de client. Astfel, ar profita în mai mare măsură de capacitatea intervenţiei limitate în timp de a opera modificări reconstructive ale personalităţii acei clienţi care prezintă o forţă superioară a eului şi ale căror conflicte nu ar fi înrădăcinate în evenimentele de viaţă timpurii. Eisenstein (1992), autorul care invocă poziţia lui Alexander, sesizează o aparentă contradicţie în spatele acestei opinii, în sensul că ar fi discutabilă nevoia acestor persoane de a beneficia de pe urma unei intervenţii ce vizează restructurarea personalităţii. În ceea ce ne priveşte,

apreciem că, formulându-şi obiecţiile, Eisenstein eşuează în a sesiza că „forţa eului" constituie doar un aspect al personalităţii clientului, conflictele acestuia nefiind reductibile la o presupusă „slăbiciune caracterială". În contextul existenţei cotidiene, forţa eului s-ar referi cu precădere la capacitatea persoanei de a rezista în faţa unor situaţii stresante, la geneza cărora o contribuţie importantă poate fi adusă tocmai de acele patternuri de relaţionare disfuncţionale, a căror corectare este vizată de intervenţia terapeutică. Pe de altă parte, în cadrul terapiei, puterea integratoare a eului îşi găseşte exprimarea mai ales în capacitatea clientului de a tolera fără riscul unei decompensări, disconfortul şi anxietatea generate de confruntările cu temele dureroase ale propriilor conflicte, de a integra intuiţiile dobândite în urma interpretărilor, în ansamblul convingerilor relevante asupra propriei persoane şi a celor din jur, respectiv de a-şi asuma dificultăţile şi riscurile inerente schimbărilor de atitudine faţă de ceilalţi. În cazul clienţilor mai puţin „puternici", ne putem aştepta ca rezistenţele faţă de eforturile exploratorii şi confruntative ale terapeutului să fie cu mult mai mari, ceea ce va impune implicit o durată semnificativ crescută a tratamentului, chiar în condiţiile în care obiectivele vizate de intervenţie sunt din start limitate. Un punct de vedere demn de luat în consideraţie în acest context este şi cel exprimat de Shefler (2000), care apreciază că psihoterapia dinamică de scurtă durată se poate dovedi deosebit de utilă în tratarea unor probleme, izvorâte fie din procesele de dezvoltare, fie din surse de natură psihopatologică cu care se confruntă adolescenţii, având în vedere faptul că prin durata limitată a tratamentului se pot evita dificultăţile ce rezultă din rezistenţele pe care aceşti clienţi le prezintă faţă de ataşamentul de lungă durată şi faţă de relaţiile caracterizate prin ambiguitate, pe care le trăiesc ca ameninţări la adresa nevoii lor de independenţă şi autonomie.

Sifneos (1992a) propune opt criterii pe baza cărora se poate aprecia motivaţia pentru schimbare a candidatului la psihoterapia dinamică de scurtă durată („provocatoare de anxietate"):

1. Capacitatea persoanei de a conştientiza natura psihologică a problemelor cu care se confruntă – autorul citat este de părere că un anumit nivel al conştiinţei psihologice reprezintă o precondiţie a travaliului psihoterapeutic orientat spre soluţionarea dificultăţilor existenţiale.

2. Capacitatea persoanei de a-şi asuma în mod sincer şi onest dificultăţile de natură psihică, respectiv de a le expune în cadrul dialogului (terapeutic) – implică şi curajul persoanei de a-şi analiza mecanismele de apărare şi de a comunica deschis terapeutului rezultatele demersului său.
3. Hotărârea fermă de a participa activ la terapie – elementul-cheie în cadrul acestui criteriu este reprezentat de disponibilitatea de a-şi asuma responsabilitatea pentru schimbarea dorită şi de a interpreta o partitură activă în cadrul tratamentului ; această atitudine este fundamental diferită de cea manifestată sub forma aşteptării pasive a ajutorului venit din exterior (din partea terapeutului).
4. Curaj, înţelegere şi capacitate de a-şi descoperi propriile gânduri şi emoţii – implică disponibilitatea de a-şi adresa întrebări referitoare la propriile trăiri, chiar şi în condiţiile în care demersul implică o neplăcere pasageră ; persoana care satisface acest criteriu poate trăi sentimentul bucuriei atunci când descoperă un lucru nou despre propria persoană şi, în loc să invoce influenţe din exterior, se foloseşte de informaţiile dobândite asupra propriei persoane pentru a înţelege comportamentul său şi modul în care reacţionează – adaptat sau nu, eficient sau nu, conformist sau ieşit din tipare – la diferitele situaţii de viaţă.
5. Dorinţa de a experimenta şi de a descoperi – reprezintă disponibilitatea persoanei de a se angrena în demersuri ce promit descoperirea unor aspecte inedite ale propriei personalităţi, chiar şi în condiţiile în care eforturile depuse în acest sens nu pot garanta obţinerea rezultatelor scontate ; constituie de fapt o extensie a precedentului criteriu (în concepţia lui Sifneos) sau poate, mai degrabă, o atitudine generală ce favorizează mobilizarea eforturilor depuse în vederea obţinerii acelor informaţii asupra propriei persoane şi a trăirilor proprii, a căror integrare stă la baza capacităţii de a se înţelege (capacitate care, la rândul ei, defineşte cel de-al patrulea criteriu).
6. Expectaţii realiste faţă de rezultatele psihoterapiei – constituie un criteriu al cărui aport este decisiv în cadrul oricărei intervenţii psihoterapeutice şi are la bază capacitatea persoanei de a-şi tempera aspiraţiile lipsite de simţul realităţii şi predispoziţia spre gândirea magică ; astfel, persoana – pentru a satisface acest criteriu – trebuie

să facă dovada faptului că posedă capacitatea care îi permite ca în loc să aştepte o rezolvare „ca prin minune" sau „de la sine" a problemelor sale să înţeleagă că se angajează într-un demers ce pretinde din partea lui un travaliu susţinut pentru realizarea obiectivelor propuse. Cercetări recente atrag atenţia asupra unui aspect ce trebuie luat în consideraţie în cântărirea măsurii în care clientul satisface acest criteriu. *Iluzia de invulnerabilitate* a fost descrisă cu precădere în cadrul unor cercetări din domeniul psihologiei sănătăţii, dar acest construct prezintă aspecte ce au relevanţă şi în cazul psihoterapiei. Practicienilor psihoterapiei – indiferent de orientare – le sunt cunoscute implicaţiile angrenării clientului în acţiuni din partea cărora acesta se aşteaptă la o ameliorare a situaţiei cu care se confruntă şi care se dovedesc în final a fi factori ce agravează şi mai mult starea lucrurilor. De multe ori se constată ulterior că argumente formulate la nivelul bunului-simţ ori al unei analize umane, dar cât de cât realistă, au avertizat asupra caracterului neadecvat al „soluţiei" adoptate de către client, fără a fi însă luată în serios de acesta. În altă ordine de idei, aceeaşi iluzie de invulnerabilitate poate fi identificată şi la originea unei insuficiente modificări pentru angrenarea în psihoterapie a persoanei ce se confruntă cu probleme (amânarea acelor schimbări la nivel comportamental care ar putea asigura depăşirea dificultăţilor întâmpinate). Putem identifica în astfel de cazuri una dintre principalele atitudini descrise de Watzlawick *et al.* (1990) ca fiind implicată în geneza problemelor psihologice, şi anume reluarea măsurilor ce se impun a fi luate într-o situaţie căreia i se neagă caracterul problematic. Pentru majoritatea persoanelor pătrunse de ideea aflării sub protecţia unui invizibil scut al invulnerabilităţii, alternativa solicitării unei asistenţe psihoterapeutice nu este demnă de luat în seamă nici măcar atunci când au de suportat disconfortul evident produs de agravarea problemei cu care se confruntă. Altele, în schimb, acceptă „luarea în terapie" – de regulă mai mult sub influenţa presiunilor exercitate de către aparţinători –, urmărind obiectivul secret şi de multe ori neconştientizat nici chiar de către ele însele al motivării refuzului de a soluţiona problema prin eşecul eforturilor terapeutice. Sifneos insistă şi pe capacitatea clientului de a accepta un compromis rezonabil în ceea ce priveşte dimensiunile schimbărilor ce pot fi aşteptate în mod rezonabil ca

rezultat al intervenţiei terapeutice. Ursano şi Norwood (2000) remarcă la rândul lor că terapeuţii care optează pentru intervenţiile de scurtă durată trebuie să-şi tempereze ambiţiile şi perfecţionismul, respectiv să renunţe la urmărirea unor obiective ideale, formulate în termeni de „restructurare a personalităţii" sau „modificarea semnificativă a funcţionării psihismului". Limitările obiectivelor, impuse de opţiunea pentru o intervenţie de durată redusă, trebuie să fie acceptate şi de client, având în vedere faptul că putem spera din partea acestuia la o participare eficientă doar în măsura în care „dimensiunile" obiectivelor vizate de tratament sunt apreciate de acesta ca fiind satisfăcătoare (O'Connor şi Seymour, 1990). După Shafran *et al.* (2002), persoana care suferă de perfecţionism clinic îşi poate asigura aprecierea de sine doar atât timp cât depune eforturi neabătute în vederea satisfacerii unor standarde elevate autoimpuse în cel puţin un domeniu considerat important. Relevant din punctul de vedere al caracterului clinic al perfecţionismului este faptul că standardele în cauză sunt păstrate şi urmate în ciuda unor consecinţe adverse evidente. Deosebit de plastice, metaforele citate de autori descriu cât se poate de veridic impactul perfecţionismului asupra persoanei ce cade victimă acestei atitudini. Astfel, după Hamachec (1978), perfecţioniştii „fierb întruna în zeama pe care ei înşişi şi-o prepară, întrebându-se neîncetat dacă fac într-adevăr ceea ce este cu adevărat potrivit", în timp ce Hollander (1965) apreciază că persoana care tinde la modul compulsiv spre perfecţiune îşi trăieşte viaţa de parcă ar fi „controlorul tehnic al calităţii procesului de producţie", acesta din urmă fiind nimic altceva decât propria activitate cotidiană. La fel de nimerită este şi formularea lui Horney (1950), conform căreia perfecţionismul este „tirania pretenţiilor". Atitudinea sceptică faţă de posibilitatea persoanelor perfecţioniste de a profita de pe urma psihoterapiei de scurtă durată este susţinută şi de date empirice. Astfel, Shahar *et al.* (2003, 2004) au demonstrat că acei clienţi care prezintă niveluri crescute ale perfecţionismului înregistrează rezultate mai slabe în urma terapiei de scurtă durată pentru depresie. Această receptivitate scăzută a persoanelor înclinate spre perfecţionism faţă de psihoterapia de scurtă durată pentru depresie este cu atât mai regretabilă cu cât cercetările au demonstrat asocierea, cu

o frecvenţă statistic semnificativă, a perfecţionismului de această condiţie (Flett *et al.*, 2003).

7. Această constatare făcută de practicieni ai psihoterapiei este de altfel în perfectă concordanţă cu principiile validate în cadrul unor cercetări empirice din domeniul psihologiei personalităţii. Astfel, Mischel (1985) apreciază că „valoarea subiectivă a stimulilor" reprezintă una dintre cele mai importante variabile personale ce determină comportamentul într-un context dat. Teoria formulată de Mischel, oarecum tributară tezelor psihologiei topologice a lui Lewin, susţine că valoarea afectivă (valenţa) ataşată unui obiect este hotărâtoare în opţiunea pentru mobilizarea comportamentului ce vizează apropierea de obiectul în cauză. În contextul evaluării dimensionării expectaţiilor clientului faţă de terapie, o atenţie deosebită se impune a fi acordată perfecţionismului şi, mai ales, variantei clinice a acestuia.
8. Disponibilitatea spre sacrificiu – se referă la asumarea de către client a eforturilor şi a neplăcerilor pe care le implică tratamentul. Costurile, din punctul de vedere al clientului, sunt calculate atât în termeni de bani şi timp, cât şi în termeni ce implică evocarea dureroasă a unor evenimente de mult uitate, intensificarea emoţiilor negative, dezvăluirea unor informaţii intime, considerate de către persoană – cel puţin până în momentul discutării lor cu terapeutul – jenante sau penibile etc. Datele empirice arată că aproape jumătate dintre clienţii trataţi prin psihoterapie abandonează tratamentul în primele şapte şedinţe. Se poate aprecia în acest context că, în multe dintre cazuri, principalul motiv al renunţării timpurii o constituie tocmai incapacitatea adaptării la „duritatea" tratamentului. Problema tolerării neplăcerilor inerente este şi mai acută în cazul psihoterapiilor de scurtă durată, care, din cauza presiunii timpului, necesită intervenţii mai „impetuoase" sau, pe alocuri, chiar mai agresive, şi, ca urmare, reprezintă o provocare mai solicitantă pentru client, în comparaţie cu intervenţiile a căror durată preconizată a fi medie sau lungă permite terapeuţilor să aplice clienţilor un tratament mai „blând" şi mai permisiv.

Sifneos apreciază că terapia dinamică de scurtă durată ar fi indicată doar pentru clienţii care satisfac exigenţele a cel puţin şase sau şapte dintre criteriile prezentate mai sus ; în cazul lor, motivaţia pentru schimbare este apreciată ca fiind „bună", în timp ce în cazul integraliştilor,

„excelentă". Cei cu motivaţia „satisfăcătoare" (5 criterii) sau „insuficient motivaţi" (sub 5) nu sunt consideraţi candidaţi potriviţi pentru această formă de tratament.

Este important de subliniat şi faptul că, în ciuda tratamentului preferenţial acordat de Sifneos aspectului motivaţional al indicaţiei pentru terapia dinamică de scurtă durată, el nu-i atribuie statutul de unic garant al potrivirii pentru această formă de tratament. În acest sens sunt înşirate alte patru criterii utilizate de Sifneos (1992a ; 1992b) în selecţia clienţilor. Astfel : (1) clientul trebuie să prezinte o problemă bine circumscrisă şi să fie capabil să selecteze un anumit teritoriu al dificultăţilor asupra căruia să-şi poată concentra atenţia şi eforturile ; (2) se pretinde din partea clientului să fi beneficiat în copilăria timpurie de cel puţin o relaţie interpersonală importantă, bazată pe principii de tipul „dau şi primesc" sau altruiste ; (3) pe parcursul interviului ce precedă luarea în tratament, clientul trebuie să furnizeze dovada faptului că este capabil să stabilească o bună relaţie de cooperare cu terapeutul şi să-şi exprime deschis trăirile şi emoţiile ; (4) se aşteaptă din partea clientului să demonstreze că are un simţ psihologic, o cultură psihologică şi o inteligenţă deasupra mediei. Acest din urmă criteriu este dictat de faptul că limitarea duratei tratamentului nu permite alocarea de timp pentru a sensibiliza persoana faţă de aspectele psihologice ridicate de problemele sale sau de existenţa de zi cu zi ori pentru a-l familiariza cu principiile, conceptele sau modalităţile de analiză a unor situaţii, evenimente şi comportamente care, în mod firesc, reprezintă componente de bază ale unei culturi psihologice generale.

Davanloo (1992a) recomandă tehnica interviului focalizat ca metodă fundamentală a identificării clienţilor ce prezintă indicaţii pentru tratamentul prin psihoterapie dinamică de scurtă durată, care vizează în esenţă evaluarea funcţiilor eului, considerate de autor ca prezentând o importanţă majoră pentru integrarea într-o psihoterapie dinamică. Interviul este inclus chiar în cadrul primei şedinţe terapeutice (sau a primelor două şedinţe, la nevoie), terapeutul urmând să răspundă după aceea la următoarele întrebări, relevante din punctul de vedere al indicaţiilor terapeutice :

1. A devenit clară structura problemei centrale a clientului ?
2. A reacţionat pozitiv clientul la tehnicile de dezvăluire utilizate pe parcursul interviului ?

3. A reacţionat clientul la interpretările terapeutului?
4. Se poate evidenţia o legătură între trecutul clientului şi problemele cu care se confruntă în prezent?
5. S-a stabilit o relaţie emoţională între terapeut şi client?
6. Se pot evidenţia relaţii importante în trecutul clientului?
7. Pot fi relevate relaţii în trecutul clientului, evenimente pe baza cărora s-ar putea presupune că el va fi capabil să reziste solicitărilor emoţionale impuse de componenta exploratorie a intervenţiei terapeutice, fără consecinţe de tipul regresiei psihotice sau al comportamentului suicidar?

Acest veritabil test al adecvării pentru tratamentul prin psihoterapie dinamică de scurtă durată reprezintă în esenţă o şedinţă terapeutică în cadrul căreia toate componentele tipice ale intervenţiilor de acest tip (explorarea trecutului, confruntarea, interpretarea etc.) sunt utilizate pentru a putea estima reacţia clientului faţă de aceste „manopere" terapeutice.

Truant (1998) formulează, pe baza lucrărilor lui Malan, Mann, Strupp şi Binder, respectiv Beck *et al.*, următoarele criterii de excludere de la psihoterapiile de scurtă durată:

- problemele familiale implicate;
- dependenţa de droguri şi alcoolismul cronic;
- suicidul;
- riscul crescut;
- tentativele serioase;
- psihopatologia severă;
- spitalizarea de lungă durată;
- tulburările psihotice;
- mai multe serii de TEC;
- depresia generatoare de incapacitate fără factori precipitatori;
- simptomele obsesive cronice generatoare de incapacitate;
- simptomele fobice cronice generatoare de incapacitate;
- manifestările majore de tip *acting out distructive* sau *autodistructive*;
- traumele timpurii extensive;
- memoria şi capacitatea de concentrare neadecvate.

În sfârşit, Baumann *et al.* (2001) au elaborat Scala capacităţii pentru procesul dinamic (*The Capacity for Dynamic Process Scale* – CDPS), care îşi propune să abordeze nouă aspecte ale angajamentului clientului

Tabelul 4. *Scala capacităţii pentru procesul dinamic*

Aspecte ale angajamentului clientului în procesul psihoterapiei dinamice	1	2	3	4	5
Pare a fi introspectiv					
Integrează afectele					
Manifestă fluenţă verbală					
Manifestă intuiţie (*insight*)					
Percepe aspectele afective ale problemei cu care se confruntă					
Diferenţiază între stările afective					
Diferenţiază între problemele interpersonale					
Capabil de relaţie pozitivă					
Colaborează pe plan terapeutic					
Scor total					

în procesul psihoterapiei dinamice. Chiar dacă nu vizează strict domeniul psihoterapiilor dinamice de scurtă durată, credem că prezentarea CDPS este utilă, ea urmărind să surprindă măsura în care clientul poate profita de pe urma unei abordări psihodinamice. Este chiar interesant de menţionat faptul că scorurile crescute erau asociate unei angajări pe durată mai lungă în terapia dinamică. Acest rezultat este interpretat de Baumann *et al.* ca fiind o expresie a disponibilităţii clientului de a rămâne angajat în tratament chiar în condiţiile în care acesta vizează explorarea unor teme conflictuale, demers generator în mod firesc al unui disconfort emoţional considerabil. Scala cuprinde nouă itemi, clientul fiind notat pe baza fiecăruia dintre aceştia între 1 (corespondenţă minimă) şi 5 puncte (corespondenţă maximă). În final se obţine un unic scor total, considerat a fi relevant pentru măsura în care clientul poate fi considerat capabil să se colaboreze la abordarea terapeutică a unor probleme de natură afectivă şi interpersonală.

În lista de mai sus, „depresia generatoare de incapacitate fără factori precipitatori" şi „memoria şi capacitatea de concentrare neadecvate" sunt singurele preluate după Beck *et al.*, celelalte putând fi considerate ca reprezentând cu adevărat contraindicaţiile psihoterapiilor dinamice de scurtă durată.

Powers şi Alonso (2004) citează mai mulţi autori ce pledează pentru nevoia unor intervenţii mai extensive în cazul tulburărilor de personalitate – şi, mai ales, în cel al clienţilor ce prezintă o patologie de tip *borderline* –, care, prin urmare, nu ar fi indicate pentru abordări limitate în timp. În aceeaşi ordine de idei, Blatt – citat de asemenea de Powers şi Alonso – susţine pe baza mai multor studii faptul că persoanele exagerat de autocritice şi perfecţioniste, care în general răspund în mică măsură la intervenţiile de scurtă durată, pot profita semnificativ de pe urma unor terapii psihodinamice mai lungi.

Pe baza considerentelor de mai sus, Powers şi Alonso (2004) alcătuiesc următoarea listă a clienţilor ce necesită o terapie de lungă durată şi a căror includere în intervenţii proiectate a fi limitate în timp poate fi considerată contraindicată :

1. Clienţii ce au nevoie de terapie pentru a le oferi un suport pe viaţă şi pentru care psihoterapia îndeplineşte rolul unei veritabile „dialize psihologice".
2. Clienţii pentru care psihoterapia dobândeşte funcţia unui suport auxiliar al ego-ului. Aceste persoane se prezintă de regulă la terapie fără a avea o problemă bine conturată, imobilizaţi în disperare şi izolare, acuzând lipsa unor aspiraţii sau motivaţii.
3. Persoanele ce suferă de o patologie caracterială persistentă şi pervazivă, terorizate de intensitatea nevoilor cu care se confruntă sau, dimpotrivă, care îşi neagă nevoile şi refuză ataşamentul.
4. Clienţii care nu profită de pe urma unor intervenţii de scurtă durată.

Este de la sine înţeles că acest din urmă criteriu se poate aplica înainte de instituirea măsurilor terapeutice doar în măsura în care clientul se prezintă la tratament relatând istoricul a cel puţin o tentativă eşuată de a-şi rezolva problemele printr-o intervenţie limitată în timp. Pe de altă parte, acest criteriu poate atrage atenţia practicienilor angajaţi în intervenţii ce se vor scurte asupra utilităţii unei abordări flexibile în ceea ce priveşte durata finală a tratamentului, astfel încât, la nevoie, terapeutul să fie pregătit să-şi revizuiască strategia proiectată pentru o terapie limitată în timp. În sfârşit, acest al patrulea criteriu este menit să sublinieze faptul că, oricât de riguroasă ar fi selecţia clienţilor pentru terapiile de scurtă durată, ele permit „strecurarea" unor falşi pozitivi,

a căror identificare cât mai timpurie poate contribui la asigurarea tratamentului corespunzător de care au nevoie.

5.5. Strategia psihoterapiilor dinamice de scurtă durată

În principiu, psihoterapiile dinamice de scurtă durată practică intervenții fundamentate teoretic de psihanaliză și făcând recurs la tehnicile elaborate în cadrul acestor metode. În opinia lui Malan (1986a), procesul terapeutic constă în utilizarea problemei centrale a clientului ca focus al terapiei planificate strategic și direcționarea interpretărilor, ori de câte ori acest lucru este posibil, înspre această problemă. În cadrul acestui demers, terapeutul utilizează întreaga gamă a tehnicilor interpretative, incluzând-o și pe cea a interpretării transferului. După cum arată într-o altă lucrare, progresul real devine posibil atunci când interpretarea se extinde asupra sentimentului real din cadrul relațiilor din trecut (XP) și este desăvârșit atunci când acest sentiment necunoscut este deslușit cu totul și recunoscut, integrat de către client (Malan, 1989).

În structurarea strategiei terapeutice, dincolo de indicațiile de ordin tehnic, terapeutul ține cont de o serie de principii, care îndeplinesc funcția de ghid al intervenției. Deși prezentate dintr-o perspectivă integrativă, considerăm că principiile tehnice centrale ale psihoterapiilor scurte, recapitulate de către Anchin (2003), rezumă în mare măsură și pe cele îmbrățișate de către practicienii de orientare psihodinamică a acestor metode:

1. Stabilirea rapidă a alianței terapeutice, păstrarea statutului și calității acesteia, abordarea și exploatarea terapeutică a alianței după nevoile imediate ale intervenției;
2. Efectuarea unei evaluări rapide, urmată de formularea problemelor clientului;
3. Stabilirea, pe baza acestei formulări, a focusului terapiei și menținerea acestuia în centrul atenției până la terminarea terapiei;
4. În legătură nemijlocită cu acest focus, fixarea unor obiective realiste (adică limitate și posibile de realizat), respectiv bine definite;
5. Integrarea conturării focusului cu intervenția promptă;

6. Îmbinarea centrării asupra prezentului cu orientarea asupra viitorului imediat, pe fondul unui climat optimist asigurat de certitudinea că schimbarea în bine este posibilă ;
7. Acordarea unei atenţii susţinute variabilei timp, în condiţiile abordării unei atitudini flexibile şi terapeutice faţă de utilizarea acesteia (exprimată prin fixarea duratei şedinţelor, a frecvenţei acestora etc.) ;
8. Adoptarea unei atitudini flexibile faţă de utilizarea tehnicilor şi modalităţilor de intervenţie ;
9. Păstrarea unei atitudini active, coroborată cu întărirea cooperării active şi angajate a clientului pe întreaga durată a tratamentului.
10. Integrarea resurselor, abilităţilor şi energiilor clientului în eforturile mobilizate în vederea schimbării ;
11. Pregătirea clientului pentru terminare (prin analiza semnificaţiilor idiografice şi implicaţiile acestui proces etc.).

Practic, singurul principiu în privinţa căruia adepţii variantelor psihodinamice ale terapiilor scurte ar putea manifesta reţineri este cel prezentat în punctul 7, cel referitor la flexibilitatea faţă de componenta timpului, atitudinea acestor terapeuţi fiind mai puţin permisivă. Totuşi, această relativă rigiditate vizează practic limitele temporare care au fost convenite la începutul terapiei şi care ţin mai ales de durata şedinţelor, respectiv de frecvenţa acestora, elemente care după începerea terapiei nu pot fi – cel puţin teoretic – modificate. Pe de altă parte, chiar şi psihoterapiile dinamice de scurtă durată oferă terapeutului anumite grade de libertate în stabilirea frecvenţei şedinţelor (una sau două pe săptămână), respectiv a duratei totale a terapiei (excepţia constituind-o în acest sens – cum am mai arătat – forma de intervenţie preconizată de către Mann).

Inspecţia principiilor enunţate mai sus relevă faptul că, în timp ce unele dintre ele (efectuarea unei evaluări rapide, fixarea obiectivelor, pregătirea clientului pentru terminare) se constituie în veritabile secvenţe ale intervenţiei, restul definesc mai degrabă atitudini ale terapeutului, necesare pe întreg parcursul terapiei în vederea realizării obiectivelor vizate în condiţiile limitării în timp a tratamentului.

Prezentăm, în cele ce urmează, principalele secvenţe descrise în mod tradiţional în cadrul psihoterapiilor dinamice de scurtă durată, completându-le cu alte elemente de intervenţie considerate utile de către unii reprezentanţi ai acestor metode.

5.5.1. *Conceptualizarea problemei (cazului)*

Formularea (conceptualizarea) problemei reprezintă o veritabilă „teoretizare a cazului", un demers în urma căruia terapeutul caută răspuns la întrebarea „De ce acest client prezintă aceste probleme în acest moment particular?" şi este menit să servească ca o veritabilă „hartă" care să ghideze eforturile depuse de către terapeut în vederea soluţionării problemelor clientului (Misch, 2000). Conceptualizarea este cea care permite identificarea acelei cauze – sau acelui complex de cauze – care se află la originea dificultăţilor, respectiv problemelor clientului şi a căror modificare prin intervenţia ţintită implică promisiunea unei intervenţii cu adevărat eficiente. Astfel, conceptualizarea problemei îndeplineşte în primul rând o funcţie de direcţionare a strategiei terapeutice. Acest lucru nu înseamnă însă, că procesul de conceptualizare a problemelor ar fi unul simplu, sau lipsit de secvenţe contradictorii. Date fiind complexitatea gândirii, a proceselor afective şi a comportamentului uman, precum şi a evenimentelor semnificative de viaţă care îşi pun amprenta asupra dezvoltării ulterioare a persoanei, demersurile îndreptate în direcţia desluşirii acestora trebuie să fie continue pe tot parcursul intervenţiei şi suficient de flexibile pentru a permite integrarea noilor informaţii, chiar cu condiţia restructurării modelului construit anterior, ori de câte ori se impune acest lucru. Într-adevăr, conceptualizarea iniţială a problemei trebuie privită doar ca o ipoteză de lucru sumară, supusă unei permanente verificări prin noile informaţii culese pe parcursul discuţiilor terapeutice.

Conceptualizarea problemelor cu care se confruntă clientul reprezintă un demers ce poartă asupra lui pecetea personală a terapeutului care decupează elementele considerate semnificative din mulţimea datelor prezentate de client. Orientarea teoretică şi metodologică a terapeutului, precum şi experienţa clinică a acestuia sunt doar două dintre cele mai importante variabile ce contribuie la elaborarea unor conceptualizări diferite. Astfel, Eels şi Lombart (2003) au comparat modul în care terapeuţi de orientare psihodinamică, respectiv cognitiv-comportamentală conceptualizează problemele clienţilor. Terapeuţi „începători", „experimentaţi", respectiv „experţi" din ambele categorii au apreciat importanţa unor factori utilizaţi în conceptualizarea cazului pe o scară

ale cărei valori variau între 1 (importanţă minimă) şi 9 (extrem de important). „Experţii” din rândul terapeuţilor de orientare psihodinamică au stabilit următoarea ordine a importanţei principalilor factori luaţi în studiu (în paranteză prezentăm valoarea medie a evaluărilor): simptomele/problemele prezentate de către client (7,4), *coping*-ul, stilul defensiv şi comportamentele (7,0), factorii precipitatori (6,8), copilăria (6,5), starea mintală (6,0), stresori ai vârstei adulte din trecut (5,5), adolescenţa (5,1). Dacă pentru experţii din ambele categorii simptomele şi problemele, respectiv factorii precipitatori s-au situat pe primele locuri, s-a putut constata că cei din categoria definită prin adoptarea abordării psihodinamice plasează un accent semnificativ crescut asupra mecanismelor *coping* şi defensive, precum şi asupra evenimentelor din copilărie, a resurselor clientului şi a obstacolelor întâmpinate pe parcursul tratamentului. Altă diferenţă a constat în faptul, că terapeuţii din cea dintâi categorie atribuie o importanţă superioară rolului cauzal jucat de întâmplările copilăriei şi de influenţa stresorilor, în timp ce, după cei de orientare cognitiv-comportamentală, elementul cauzal poate fi identificat mai degrabă în învăţarea socială, în elementele constituţionale, respectiv în influenţa mecanismelor biologice.

Examinarea clinică psihoterapeutică ar trebui, după Bergner (1998), să conducă în final la construirea unei conceptualizări cuprinzătoare a cazului, fundamentată empiric, care ar fi în măsură să satisfacă următoarele criterii:

a) să structureze toate elementele-cheie ale cazului în jurul unei surse cauzale/explicative;
b) să formuleze această sursă în termenii unor factori ce se pretează la intervenţii directe;
c) să se preteze la a fi împărtăşită clientului astfel încât dezvăluirea să se dovedească a fi benefică pentru acesta.

Obiectivul major al unui astfel de demers ar consta, după Bergner, în elaborarea unei formulări care să-i permită clinicianului concentrarea asupra acelui unic factor a cărui ameliorare va putea avea cel mai puternic impact pozitiv asupra clientului. Identificarea adecvată a problemei focale ar facilita în egală măsură definirea obiectivului optim al tratamentului şi selectarea celor mai eficiente forme de intervenţie, jucând în terminologia autorului rolul unui veritabil „splint” (*linchpin*)

al terapiei. Scaturo (2002) defineşte la rândul lui „focusul dinamic" ca fiind acel nucleu al problemei clientului, care cuprinde simptomul cardinal, un conflict intrapsihic legat de acesta, un impas de dezvoltare, convingerea că persoana ar fi inevitabil sortită eşecului în confruntarea cu problema (o schemă de sine negativă), o dilemă interpersonală persistentă, respectiv un pattern de *coping* neadaptativ. Astfel, în cazul unui client afectat de atacuri de panică (simptomul cardinal), problema este legată frecvent de teama de a fi abandonat de către furnizorii primari ai îngrijirii în familia de origine, nelinişte care poate fi accentuată în perioadele de dezvoltare caracterizate prin vulnerabilitate crescută, cum este mutarea tânărului adult din casa părintească.

Andra, o tânără de 22 ani a cărei copilărie a fost marcată de divorţul părinţilor, urmat de o îndepărtare de tatăl ei de care fusese foarte ataşată, se stabileşte în străinătate. Nemulţumirile legate de calitatea relaţiei cu soţul produc primele atacuri de panică, care duc în cele din urmă la deteriorarea relaţiei şi la despărţirea de soţ. După divorţ, crizele sporesc şi se intensifică, fiind nevoită să revină în ţară pentru a solicita asistenţă psihoterapeutică.

Caracteristicile definitorii ale focusului terapeutic implică de regulă o naraţiune centrată în jurul unor acţiuni desfăşurate în contextul interacţiunii cu alte persoane şi organizate în jurul unui pattern psihodinamic ciclic. Budman şi Gurman (1988) au identificat cinci tipare de acest fel, care constituie „suspecţii obişnuiţi" a căror implicare în generarea problemelor cu care se confruntă clientul este verificată în mod curent în practica psihoterapiilor dinamice de scurtă durată : (a) *pierderile* suferite prin deces, divorţ, separare sau mutare ; (b) *desincronizările de dezvoltare*, care implică sentimentul clientului că un lucru pe care şi l-ar fi dorit cu multă ardoare i-a fost refuzat şi, mai mult chiar, că îi va fi întotdeauna refuzat ; (c) *conflictele interpersonale* cu partenerul/ partenera, prietenii, colegii de muncă sau cu alte persoane importante ; (d) prezentările simptomatice, cum ar fi anxietatea, depresia, singurătatea etc. ; (e) tulburările de personalitate severe, în cadrul cărora neajunsurile caracteriale şi tendinţa acestor persoane de a externaliza responsabilitatea interpersonală îi determină să solicite în repetate rânduri tratament pentru acuze recurente centrate în jurul izolării, mâniei etc. (*apud* Scaturo, 2002).

Nu este mai puţin adevărat nici faptul, recunoscut de altfel şi de către Bergner, că identificarea unui unic focus terapeutic nu este întotdeauna posibilă, uneori fiind nevoiţi să luăm în calcul coexistenţa unor probleme al căror impact asupra persoanei este la fel de important şi care, neputând fi integrate, necesită atenţie separată. În alte cazuri, limitarea capacităţii terapeutului de a discerne prin multitudinea de fapte este responsabilă pentru incapacitatea identificării şplintului integrator. Laor (1999) arată, de asemenea, că se pot sugera pentru fiecare client, în oricare moment al terapiei mai multe focusuri, fiecare dintre ele dovedindu-se atât relevante, cât şi adecvate. Mai mult chiar, autorul este convins că pot fi diferite şi tipurile conflictelor propuse, acestea putând varia de la „limpezimea cristalului", la varianta focusului „fuzzy". În sfârşit, Laor recunoaşte atât posibilitatea pornirii de la un focus clar definit şi înţeles în detaliu, cât şi cea a unei clarificări gradate a focusului pe parcursul tratamentului.

Un model util pentru a ghida eforturile terapeutului orientate în direcţia formulării problemei este şi cel descris de către Goldfried (2004), denumit **STAIRCaSE**, un acronim alcătuit din iniţialele elementelor ce urmează a fi avute în vedere : situaţia (Situation), gândurile (Thoughts), emoţiile (Affect), intenţiile (Intentions), răspunsurile (Responses), consecinţele (Consequences) şi autoaprecierile (Self-Evaluations).

Morris (2003) rezumă, la rândul lui, în fig. 14 modul în care conceptualizarea problemei şi elaborarea strategiei terapeutice se înlănţuie în cadrul intervenţiei.

Aplicarea acestui model în cazul abordării psihanalitice este ilustrat în fig. 15. Astfel, simptomele sunt interpretate ca expresii ale conflictelor inconştiente, ce îşi au originea în acele experienţe ale copilăriei timpurii, care au generat recursul la mecanisme defensive, ca o măsură protectivă împotriva gândurilor insuportabile. Diferenţa fundamentală între un model teoretic şi conceptualizarea problemelor clientului constă în caracterul concret al celui din urmă. Mecanismul abstract descris de o anumită teorie ghidează eforturile exploratorii ale terapeutului, îndeplinind funcţia unui ipotetic model explicativ, a cărui validitate în cazul unui anumit client poate fi probată doar în măsura în care faptele clinice relatate de către acesta din urmă pot fi angrenate în mecanismul descris de teorie. Sarcina terapeutului constă în depistarea acelor experienţe

Conceptualizarea problemei (Case Formulation), bazată pe mitul terapeutic :

1. Identificarea **problemelor psihologice** specifice ale clientului.
2. Formularea ipotezelor referitoare la **caracteristicile personale disfuncționale** ale clientului.
3. Elaborarea unui model de lucru asupra **procesului** prin care aceste caracteristici personale disfuncționale contribuie la dezvoltarea problemelor psihologice specifice ale clientului.
4. Identificarea **originii** caracteristicilor personale disfuncționale ale clientului.

Planul tratamentului (bazat pe ritualul terapeutic) :

5. Negocierea **obiectivelor tratamentului** (a rezultatelor finale)
6. Specificarea **caracteristicilor personale revizuite** (rezultatele instrumentale ale tratamentului)
7. Selectarea **intervențiilor**

Figura 14. *Secvențele conceptualizării problemei și ale elaborării planului terapeutic* (Morris, 2003, p. 12)

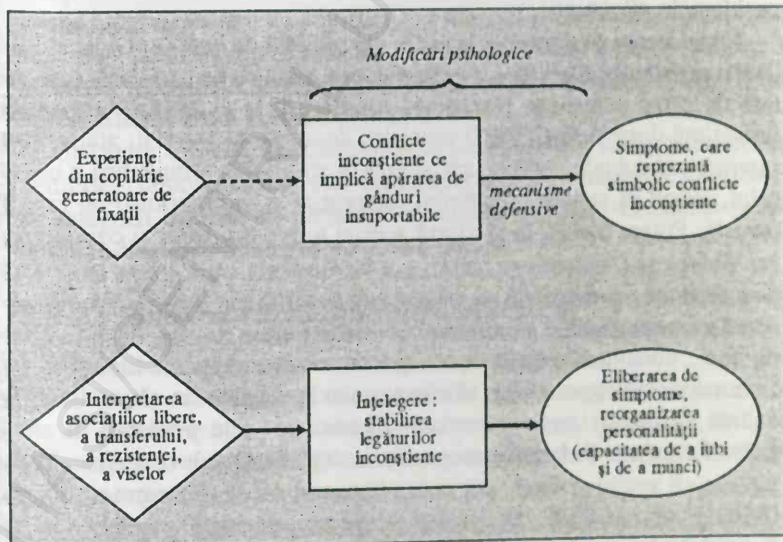


Figura 15. *Mitul și ritualul psihanalizei (Freud)* (Morris, 2003, p. 7)

din copilăria clientului, care pot fi considerate cu adevărat responsabile pentru dezvoltarea conflictului ce stă la baza problemelor clientului şi în prezentarea acestora sub o formă integrată, astfel încât interpretarea să poată fi asimilată de către client. Este foarte important ca mecanismul astfel reconstituit să fie cât mai plauzibil, adică modul în care este prezentată înlănţuirea de evenimente să genereze convingerea că aceasta este o prezentare acurată a genezei problemelor actuale. Este şi mai important însă ca acest mecanism explicativ să contribuie la o mai bună înţelegere de către client a problemelor cu care se confruntă. Veritabila probă terapeutică a unei interpretări constă în conştientizarea de către client a conţinuturilor ce nu fuseseră anterior luate la cunoştinţă şi în schimbările antrenate de acest proces de „iluminare”, ce rezultă atât în diminuarea simptomelor, cât şi în modificări ale personalităţii. Pe de altă parte însă, este important de subliniat faptul că înainte de a formula interpretări asimilabile de către client, terapeutul trebuie să ajungă el însuşi la o conceptualizare cât mai acurată a problemelor vizate. Mai mult chiar, el îşi ghidează chiar eforturile exploratorii pe baza unei modelări iniţiale a mecanismelor care par a fi implicate în problemele clientului.

Considerăm ca deosebit de utilă, din punctul de vedere al conceptualizării problemei clientului, fundamentarea acesteia pe narativele prezentate de către persoană. Narativele referitoare la experienţe personale reprezintă după Adler (1997) un cadru deosebit de potrivit, atât pentru interacţiuni sociale curente, cât şi pentru abordarea terapeutică a clientului, având în vedere potenţialul referenţial şi tranzacţional pe care îl posedă. Putem invoca în sprijinul acestei teze a lui Adler şi constatarea lui Wahler şi Castlebury (2002), conform căreia capacitatea persoanei de a produce o povestire bine structurată constituie o importantă componentă a competenţelor manifestate în interacţiunile sociale. În altă ordine de idei, considerăm utilă inserarea în acest cadru a constatării lui Luborsky (1997), conform căreia narativele relatate de către clienţi în cadrul şedinţelor terapeutice sunt identice cu cele povestite în afara acestui context. Relatările asupra unor experienţe relevante, localizate într-un alt spaţiu şi timp, pot evoca impactul acestora asupra persoanei (*funcţia referenţială*). Se constituie într-un veritabil paradox lexical faptul că, deşi nici o experienţă nu poate fi integral redată prin intermediul cuvintelor, relatarea unor evenimente importante îi permite

interlocutorului cunoaşterea experienţială a celor povestite. Tocmai această capacitate a narativelor de a reprezenta un vehicul potent pentru transmiterea informaţiei referenţiale stă la baza facilitării procesului de coprocesare vicarioasă a experienţelor în „aici şi acum", împreună cu un interlocutor (*funcţia tranzacţională*). Chiar dacă Adler nu face referire la acest lucru, considerăm că un rol crucial în această eficienţă remarcabilă a structurilor narative în asigurarea unui cadru pentru procesul comunicării interpersonale îl are faptul că acestea constituie principala modalitate prin care procesăm, structurăm şi păstrăm în memorie experienţele personale relevante (Hyman Jr. şi Loftus, 1998 ; Harris, 2000). Prin integrarea evenimentelor semnificative din viaţa noastră în structuri narative, se realizează ceea ce am putea denumi *funcţia constructivă* a narativelor. Deficitul acestor funcţii ale narativelor poate antrena consecinţe dintre cele mai negative. Astfel, Barclay (1995) apreciază că acele experienţe autobiografice care nu pot fi reconstruite şi împărtăşite altora prin diferitele forme ale comunicării verbale sau neverbale sunt în măsură să genereze sentimentele stresului existenţial. Simptomele obiective ale acestor stări de stres se pot manifesta sub forma hipervigilenţei, a „amorţirii", a ideaţiei şi imaginilor intruzive ce au drept conţinut pierderea sau inaccesibilitatea forţelor psihice şi afective. În cazurile extreme, stresul existenţial poate îmbrăca forma deconstrucţiei eului („eului divizat").

Davanloo (1995) propune o clasificare proprie a tulburărilor psihoneurotice, importantă mai ales datorită faptului că persoanele încadrabile în categorii diferite se pretează la abordări diferite în cadrul psihoterapiei dinamice intensive de scurtă durată.

5.5.1.1. *Spectrul tulburărilor psihoneurotice*

1) Clienţii situaţi la extrema stângă a spectrului :
   - foarte receptivi faţă de intervenţia psihoterapeutică ;
   - probleme bine circumscrise (tulburări obsesive uşoare, cu debut recent, tulburări fobice uşoare sau alte forme ale tulburărilor nevrotice) ;
   - focus psihoterapeutic unic ;
   - fără rezistenţe majore, singurele rezistenţe prezentate fiind cele de natură tactică ;

- absenţa furiei inconştiente violente şi a sentimentelor de culpă, legate de persoanele de referinţă din prima copilărie.

Numărul clienţilor proveniţi din această categorie este foarte mic, aceştia fiind întâlniţi relativ rar în practica psihoterapeutică.

2) Clienţii situaţi în zona mediană a părţii din stânga a spectrului:
   - rezistenţă moderată; prezenţa formelor majore ale rezistenţelor;
   - tulburări care prezintă simptome difuze;
   - prezenţa într-o oarecare măsură a tulburărilor caracteriale;
   - prezenţa furiei inconştiente violente, a sentimentelor inconştiente impregnate de culpă şi a mâhnirii legate de persoanele de referinţă din prima copilărie (părinţi, fraţi/surori etc.).
3) Zona mediană a spectrului:
   - prezenţa rezistenţelor puternice; prezenţa formelor majore ale rezistenţelor, precum şi ale formelor de organizare tactică a rezistenţelor;
   - persoane care prezintă atât simptome difuze, cât şi tulburări caracteriale;
   - prezenţa furiei inconştiente violente şi a sentimentelor de culpă, legate de persoanele de referinţă din prima copilărie (părinţi, fraţi/surori etc.);
   - mulţi dintre aceşti clienţi prezintă o fuziune a supărării furibunde cu sexualitatea;
   - patologia care stă la baza problemelor îmbracă forme complicate.
4) Clienţii situaţi în zona mediană a părţii din dreapta a spectrului:
   - prezenţa rezistenţelor foarte puternice;
   - simptome difuze şi tulburări caracteriale evidenţiabile pe toată durata vieţii;
   - patologie nucleară foarte complicată;
   - accesul direct major la inconştient evidenţiază prezenţa furiei inconştiente violente, a sentimentelor de culpă şi a mâhnirii legate de părinţi, fraţi/surori sau alte persoane de referinţă din prima copilărie; Davanloo foloseşte pentru desemnarea acestui complex de sentimente expresia „agresorul din inconştient";
   - sentimentele cu tentă sexuală, atunci când sunt prezente, sunt impregnate de furie violentă primitivă.
5) Clienţii situaţi la extrema dreaptă a spectrului:
   - forme de rezistenţă extreme manifestate de către persoană;
   - tulburări simptomatice şi caracteriale majore;

- trăsături masochiste prezente în cel mai înalt grad;
- patologie nucleară complicată în cel mai înalt grad;
- dezvăluirea directă şi extinsă a inconştientului evidenţiază prezenţa furiei violente primitive chinuitoare, precum şi a sentimentelor intense de culpă şi de mâhnire, legate de persoanele de referinţă din prima copilărie;
- sentimentele cu tentă sexuală, atunci când sunt prezente, sunt impregnate de furie violentă primitivă.

5.5.2. *Interpretarea*

Interpretarea este definită de către Baranger (1993) ca încercarea „de a arunca lumină asupra unui aspect al câmpului relaţiei analitice şi implicit asupra inconştientului clientului implicat în acesta, respectiv de a-l face comprehensibil de o manieră convingătoare" (*op. cit.*, p. 20). Bernstein (2001) concepe la rândul lui interpretarea ca fiind acel procedeu, prin care terapeutul deduce ceea ce clientul spune cu adevărat şi îi comunică acestuia din urmă rezultatul demersului său inferenţial, cel dintâi asumându-şi în cadrul acestei secvenţe rolul „translatorului" sau al „interpretului", în timp ce dintr-o perspectivă panteoretică, Friedlander defineşte interpretarea ca fiind „propoziţia care (a) merge dincolo de ceea ce clientul recunoaşte în mod deschis; (b) poate îmbrăca forme diferite, cum ar fi interpretarea defenselor, a transferului, respectiv a explicării sentimentelor şi a comportamentului; şi (c) adaugă ceva calitativ diferit la verbalizările clientului, prezentându-i frecvent acestuia noi sensuri sau perspective" (*apud* Gazzola şi Stalikas, 2004, p. 398). Mai apropiată de concepţia constructivistă este viziunea lui Fernández Liria (2000), pentru care interpretarea se constituie într-o naraţiune alternativă, opusă „povestirii" originale a clientului, meritul acestei noi versiuni a naraţiunii constând în aceea că înlătură necesitatea simptomelor cu care clientul se confruntă. Prin prisma acestor definiţii putem afirma deci că, în esenţă, interpretarea formulează o nouă perspectivă asupra celor relatate de către client sau a manifestărilor acestuia, ce poate fi dedusă din elementele aflate la dispoziţia principalilor actori ai psihoterapiei, dar care, rămânând inaccesibilă clientului, trebuie „tradusă" de către terapeut. „Numim realul semnificându-l, în acest sens îl interpretăm." (Ricœur, 1998, p. 31) Iar atunci, când sensul pare a fi pierdut,

putem într-adevăr concepe împreună cu autorul citat interpretarea ca recuperare a sensului. Malan (1989) insistă de asemenea asupra faptului că interpretarea se adresează unor conţinuturi ce nu ar putea fi conştientizate de către client prin eforturi proprii, asistenţa terapeutului fiind necesară pentru a-i permite celui dintâi să ajungă la o înţelegere a substratului unor reacţii pe care le prezintă.

Într-un studiu publicat în 1937 asupra construcţiei în psihanaliză, Freud opera o diferenţiere netă între *interpretări* şi intervenţiile *constructive*. În cadrul acestei distincţii, interpretările sunt concepute ca demersuri simple, în cazul cărora terapeutul se apleacă asupra unui element singular (izolat) al materialului furnizat de către client (cum ar fi o asociaţie sau un parapraxis), în timp ce construcţia s-ar referi la intervenţiile în cadrul cărora terapeutul înfăţişează clientului „un fragment din istoria sa timpurie pe care a uitat-o" (*apud* Macmillan, 2001, p. 124), aceasta din urmă vizând evocarea şi reconstituirea unor părţi semnificative din trecutul clientului. Pe de altă parte însă, Bernstein (2001) recunoaşte că ambele sunt în fond intervenţii verbale al căror obiectiv constă în luarea la cunoştinţă a semnificaţiilor ascunse ale patternurilor comportamentale, respectiv ale determinanţilor lor inconştienţi. Prin urmare, sensul în care este utilizat termenul *interpretare* în literatura psihanalitică acoperă de regulă ambele înţelesuri.

Obiectivele vizate de interpretare pot fi multiple. Astfel, Storr (1979) defineşte trei scopuri ale interpretării : (a) să transforme ceea ce este de neînţeles într-un material inteligibil pentru client ; (b) să stabilească conexiuni care nu sunt vizibile nemijlocit, între evenimente, simptome şi persoane ; (c) să puncteze discrepanţele între ceea ce clientul afirmă că ar simţi şi ceea ce manifestările sale comportamentale sugerează că simte în mod real. Pe de altă parte, interpretările pot fi elaborate pentru a ajuta clientul să conştientizeze ceea ce este inconştient, pentru a-i permite să-şi înţeleagă, respectiv să-şi rezolve problema, pentru a reduce anxietatea legată de necunoscut şi a oferi astfel suport, pentru a învinge rezistenţele şi a facilita procesul asocierilor libere, pentru a modifica comportamentul manifestat de client în situaţiile extraterapeutice şi a preveni manifestările de tip *acting-out*, pentru a aprofunda transferul şi interesul manifestat de client faţă de terapeut (Bernstein, 2001). În ceea ce priveşte situaţiile în care analiştii îşi mobilizează abilităţile de interpretare, acestea ar include după acelaşi autor următoarele:

(a) visele clientului; (b) asociaţiile libere; (c) simptomele şi actele simptomatice; (d) comportamentul clientului în cadrul şedinţei terapeutice; (e) comportamentul în afara cadrului terapeutic; (f) comportamentul din trecut; (g) relaţia clientului cu terapeutul; (h) relaţiile interpersonale ale clientului, în trecut şi în prezent; (i) stilul de viaţă şi caracterul clientului.

Fenichel, într-un studiu de referinţă dedicat metapsihologiei interpretării, recomanda respectarea a trei principii considerate fundamentale, menite să asigure calitatea obiectivă a acestui demers terapeutic:

a) *principiul economic* – postulează dominanţa impulsurilor instinctuale în cadrul raportului de forţe intrapsihice;
b) *principiul dinamic* – stabileşte direcţia în care interpretarea trebuie să progreseze, de la suprafaţă înspre conţinuturile „profunde", respectiv de la manifestările defensive, prin intermediul motivaţiei, la impulsurile care stau la baza acesteia;
c) *principiul structural* – pledează pentru necesitatea formulării interpretărilor de pe poziţiile ego-ului.

Kernberg (1997) apreciază că prin simpla înlocuire a „impulsurilor" din cadrul primului principiu descris de Fenichel cu acel conţinut emoţional care domină discuţia terapeutică din cadrul unei şedinţe, principiile descrise de către acest autor sunt aduse „la zi", ele putând fi utilizate ca un ghid eficient pentru practicianul angrenat în interpretare. În opinia noastră, aceeaşi operaţie de substituire prin „sentimentele reale" (Molnos, 1997) se poate opera şi asupra „impulsurilor" la care interpretarea trebuie să ajungă în ultimă instanţă, conform principiului dinamic al lui Fenichel, rezultatul acestei din urmă inginerii fiind o compatibilizare superioară a principiilor descrise cu conceptele utilizate în cadrul psihoterapiilor dinamice de scurtă durată.

Modul în care interpretarea este concepută în psihanaliza contemporană este rezultatul unui întreg şir de modificări aduse poziţiei expuse iniţial de către Freud. Cele mai importante dintre aceste mutaţii au fost sintetizate de către Kernberg (1997) în cele cuprinse mai jos:

1. Se poate sesiza în cadrul abordării freudiene contemporane, respectiv a celei din cadrul psihologiei ego-ului o tendinţă spre interpretarea mai timpurie şi mai sistematică a transferului, ceea ce reprezintă o deplasare în direcţia tehnicii kleiniene.

2. Se remarcă o creştere a accentului pus pe analiza contratransferului, ca parte ce urmează a fi integrată în interpretarea transferului.
3. Se intensifică accentul pus pe analiza caracterială, pe „organizările patologice", pe efectul acestora asupra relaţionării clientului la interpretări şi la complicaţiile din cadrul dezvoltărilor caracteriale.
4. Creşte accentul pus pe analiza semnificaţiilor inconştiente atribuite în „aici şi acum" şi devine mai pronunţată tendinţa de a interpreta pornind de la suprafaţă înspre profunzime.
5. Se accentuează, în cadrul procesului de selectare a materialului ce urmează a fi interpretat, focalizarea asupra afectului dominant din situaţia psihanalitică.
6. Modelele derivate din teoria relaţiilor cu obiectul devin din ce în ce mai influente, atât în abordarea tehnică, cât şi în formularea de teorii asupra psihopatologiei şi a dezvoltării.

De la ascultarea clientului de către terapeut până la formularea interpretării, procesul se desfăşoară în cadrul unor secvenţe tipice. Rowan (1998) identifică două astfel de secvenţe, descrise în cele ce urmează:

1. Sesizarea faptului că se petrece ceva ce-i scapă clientului, ca de exemplu faptul că atunci când îşi descrie partenera în termeni care sugerează o puternică dependenţă de aceasta ar fi posibil ca această relaţionare să fie o consecinţă a faptului că proiectează asupra ei imaginea mamei lui şi că doreşte să obţină din partea ei ceea ce nu reuşise să obţină niciodată din partea mamei. În acest caz, terapeutul apreciază ca utilă investigarea legăturii dintre cele două relaţii.
2. Atragerea atenţiei clientului asupra acestei posibile legături, pornind de la ultima afirmaţie relevantă a acestuia şi plasarea conţinutului ei într-o anumită lumină: „Asta seamănă oarecum cu ceea ce îmi povesteaţi despre mama dvs., care era mai tot timpul ocupată cu munca ei şi căreia căutaţi să-i atrageţi atenţia pentru a vă băga în seamă...".

Cele două secvenţe prezentate de către Rowan se suprapun peste succesiunea de traduceri descrisă de Bernstein (2001), din care rezultă interpretarea. Astfel, într-o primă fază, terapeutul traduce materialul ce urmează a fi desluşit (simptomele, visele, comportamentul clientului etc.)

în jargonul sistemului teoretic şi al setului de concepţii însuşite pe parcursul propriei formări. În cadrul acestei secvenţe, accentul cade pe înţelegerea de către terapeut a ceea ce se întâmplă în spatele manifestărilor ce pot fi surprinse din exterior, a patternurilor şi mecanismelor responsabile pentru comportamentul clientului. Demersul seamănă oarecum cu cel care rezultă în final în conceptualizarea problemelor clientului, cu diferenţa că felia ţintită de către interpretare este una mult mai îngustă, ceea ce permite o formulare mult mai concretă a acesteia. Interpretarea concretizează şi nuanţează aspecte ale formulării problemei, aducându-şi de multe ori contribuţia la corectarea şi reformularea acesteia din urmă. Cea de-a doua traducere este cea făcută în limba vorbită de către client, adică în termeni, concepte şi mecanisme care prezintă sens pentru acesta. În conformitate cu modelul clasic al psihanalizei, acest proces implica trei momente succesive: clientul era mai întâi ajutat să conştientizeze o stare de tensiune la nivelul ego-ului, după care lua la cunoştinţă funcţionarea unui factor represiv (faptul că supraeul său îl ameninţă cu represalii) şi în sfârşit afla de impulsurile provenite din Sine, care provocaseră protestele supraeului, generând anxietatea trăită la nivelul ego-ului. Strachey (1931/1999) recunoaşte însă că în practica actuală terapeutul este nevoit fie să lucreze simultan asupra tuturor secvenţelor amintite, fie să le insereze într-o ordine ce se abate de la regula clasică. Pe de altă parte, Bernstein notează că interpretările pot rămâne „mute", adică pot fi păstrate doar pentru uzul terapeutului, ele contribuind la înţelegerea de către acesta a nevoilor clientului şi la formularea strategiei de intervenţie pe termen scurt. Pe de altă parte, elemente neverbale ale comunicării dintre terapeut şi client pot fi considerate în anumite cazuri echivalente – şi chiar unice forme posibile – ale interpretării (Baker, 1993). Astfel, în cazul unor clienţi extrem de ostili faţă de terapeut şi rezistenţi faţă de orice interpretare formulată de către acesta, adoptarea unei atitudini de acceptare necondiţionată (în sensul lui Rogers) şi abstinenţa de la exteriorizarea contratransferului negativ pot contribui în timp la înţelegerea de către client a calităţii de „obiect nou" al terapeutului. Această constatare îi va putea permite clientului revizuirea atitudinii faţă de relaţiile curente şi renunţarea la atitudinile ostile manifestate faţă de persoanele importante din viaţa lor.

Riesenberg-Malcolm (1995) concepe interpretarea ca reprezentând o activitate diagnostică continuă, ce vizează formularea unor ipoteze

asupra a ceea ce se petrece între client şi terapeut, bazată pe speranţa nutrită de către terapeut că aceste ipoteze vor avea darul de a influenţa clientul de aşa natură, încât să genereze înţelegere şi să promoveze progresul terapiei. Consecutiv comunicării interpretării, terapeutul trebuie să monitorizeze toate reacţiile clientului, indiferent că acestea trădează înţelegere sau nu, astfel încât să poată evalua situaţiile create de interpretarea lui şi să poată formula o nouă interpretare pe care o va comunica sau nu clientului. O poziţie similară este reprezentată şi de către Kernberg (1997), care susţine că în varianta optimă interpretarea este prezentată ca o ipoteză ce urmează a fi confirmată sau, dimpotrivă, infirmată de ceea ce evoluează ca o consecinţă a comunicării lor sub această formă. În sfârşit, Plaut (1993) insistă asupra importanţei păstrării de către terapeut a unei atitudini deschise faţă de posibilitatea de a fi greşit în interpretare, recomandându-i acestuia să nu insiste asupra infailibilităţii sale (*apud* Rowan, 1998). O astfel de atitudine riscă să genereze rezistenţe puternice din partea clientului, mai ales într-o primă fază a luării la cunoştinţă a interpretării, când încă nu a putut să înţeleagă sensul acesteia. Este recomandabil ca terapeutul să fie conştient de faptul că, punând într-o nouă perspectivă lucruri asupra cărora clientul avea o percepţie stabilă, interpretarea – care este cu adevărat eficientă – îşi exercită influenţa creând mai întâi derută şi confuzie. Tocmai în această fază, clientul se poate simţi într-o situaţie de inferioritate dacă are în faţă un terapeut prea sigur pe propria judecată, şi, în consecinţă, apare riscul de a manifesta o rezistenţă puternică. Pe de altă parte, trebuie să luăm în calcul şi posibilitatea ca interpretarea terapeutului să fie cu adevărat eronată, ca o consecinţă a lipsei unor informaţii şi elemente relevante. Nu întâmplător, interpretările sunt reformulate pe parcursul terapiei, precizate, nuanţate sau chiar răsturnate cu totul, o dată cu apariţia unor noi date. Trebuie să luăm în calcul, totodată, şi posibilitatea ca terapeutul să fi eşuat în tentativa de a integra coerent elementele avute la dispoziţie pentru formularea unei interpretări şi să fi structurat din această cauză o interpretare greşită. Este important de reţinut că, în aceste cazuri, recunoaşterea greşeli este mult mai constructivă decât tentativele de a „muşamaliza" rateul.

Modul în care sunt formulate interpretările a trezit, de altfel, interesul mai multor practicieni şi cercetători ai terapiilor psihodinamice. Kernberg (1997) subliniază, de exemplu, că interpretările sunt potenţate de recursul

la metafore, iar Levy (1963) le clasifică în două categorii : cele livrate sub o formă *absolută* – sau decisivă – sunt caracterizate prin faptul că formularea lor nu lasă loc unor dubii legate de „justețea" sau corectitudinea lor, creând impresia că „adevărurile" pe care le exprimă nu pot constitui obiectul unor negocieri (de exemplu, „Depresia de care suferiți este cauzată de controlul pe care părinții l-au exercitat și continuă să-l exercite asupra dvs."), în timp ce interpretările formulate la modul ipotetic (*interpretările tentative*) subliniază faptul că ele surprind anumite relații care pot fi considerate plauzibile, fără a putea susține însă, cu certitudine, că ar fi în mod necesar și valide ; această din urmă formă a interpretărilor ar putea fi ilustrată prin următorul exemplu : „Mă întreb dacă nu cumva faptul că părinții au exercitat atâția ani asupra dvs. un control strict și acela că acum vă simțiți secătuit de forță ar fi cauzele depresiei pe care o acuzați. Ce părere aveți despre ceea ce v-am spus ?" (*apud* Cashwell *et al.*, 2001). Manualele de terapie recomandă, în general, recursul preferențial la interpretările formulate mai degrabă ipotetic, pornind de la premisa că acestea ar genera mai puține rezistențe din partea clientului. Eficiența superioară a acestora este susținută și de date empirice, deși sunt consemnate și studii care nu au putut evidenția diferențe semnificative în privința receptării celor două categorii de formulări. Cashwell *et al.* (2001) au nuanțat problema, demonstrând că încrederea arătată de clienți față de terapeut depinde nu într-o atât de mare măsură de modul în care acesta își formulează interpretarea, cât mai degrabă de cel căruia îi atribuie controlul. Astfel, cea mai mare încredere o exprimă clienții care prezintă un locus intern al controlului, accentul deplasându-se doar în interiorul acestui grup înspre formulările mai prudente ale interpretărilor. În schimb, clienții cu locusul exterior al controlului, care sunt în principiu mai puțin încrezători în terapeut, investesc mai multă încredere în interpretările formulate la modul absolut. Autorii găsesc o posibilă explicație la aceste rezultate în ipoteza că nevoile clienților care localizează în exterior sursa controlului de a li se oferi o soluție la problemele cu care se confruntă ar putea fi satisfăcute în mai mare măsură de terapeuții care își formulează interpretările cu un plus de fermitate. Cashwell *et al.*, deși recunosc că obiectivul final al terapiei constă în asumarea de către client a responsabilității pentru problemele cu care se confruntă și pentru rezolvarea acestora, își exprimă părerea că în fazele timpurii ale

intervenţiei se poate accepta – în vederea fortificării imediate a încrederii clientului – satisfacerea acestor expectanţe ale lui.

Mai mult chiar, o constatare referitoare la interpretare, ce poate fi desprinsă fără eforturi deosebite din lectura paralelă a mai multor lucrări de psihoterapie, este aceea că diferiţi autori, adepţi ai unor orientări teoretice diferite, dar chiar şi din cadrul celor de formaţie psihodinamică, prezintă concepţii foarte diferite cu privire la cine anume trebuie să-şi asume responsabilitatea pentru formularea interpretării, respectiv la modul în care aceasta trebuie formulată şi acceptată de către actorii implicaţi în procesul terapeutic. Modelul clasic freudian a rezervat terapeutului sarcina de a interpreta materialele furnizate de terapie în cadrul unui proces prin care terapeutul înlocuieşte treptat sensurile „nesănătoase", „disfuncţionale" sau „neconforme cu realitatea", pe care clientul le atribuie evenimentelor al căror protagonist este, cu propriile interpretări „adevărate" sau „sănătoase". Mai recent, unii autori accentuează contribuţia clientului la structurarea interpretării. Astfel, în viziunea lui Fernández Liria (2000) terapeutul asistă clientul în crearea unor naraţiuni alternative, în primul rând ascultând cu atenţie versiunea originală a acestuia, iar în al doilea, facilitând accesul persoanei la transformare prin dublul proces al negocierii şi al realizării acordului. În ceea ce ne priveşte, nutrim convingerea că aceste concepţii diferite îşi au originea nu doar în suportul ideologic diferit al acestor viziuni diferite şi – sau poate în primul rând – în experienţele acestor autori cu tipuri diferite de clienţi. Practica clinică ne oferă suficiente exemple de clienţi care, din momentul în care asimilează ideea posibilităţii unei conceptualizări diferite a problemelor cu care se confruntă, produc literalmente serii întregi de interpretări alternative, pe care le supun ulterior unui scrutin al procesului de validare. Pe de altă parte, ne sunt la fel de familiari şi acei clienţi pe care perspectiva găsirii unei explicaţii alternative pentru simptomele ce le provoacă multă suferinţă îi confruntă cu neputinţa de a găsi măcar una dintre ele ca rod al unor eforturi personale. Unii dintre aceşti clienţi pot fi atraşi în demersul evaluării unor interpretări formulate de către terapeut, manifestând chiar entuziasm atunci când pot fi convinşi de validitatea acestora, dar acuză incapacitatea – cel puţin pentru moment – de a construi ei înşişi o explicaţie care să treacă de cadrul rigid al convingerilor originale disfuncţionale. Acest lucru nu înseamnă însă că aceste persoane nu pot

învăţa după un timp, urmând modelul furnizat de terapeut, să formuleze ele însele interpretări care să le apropie de rezolvarea problemelor. O situaţie oarecum similară este cea întâlnită în cazul sentimentului controlului, a cărui dezvoltare distribuie persoanele de-a lungul unei axe, între extremele reprezentate de neajutorarea şi neputinţa, respectiv deznădejdea învăţate şi sentimentul desăvârşit al controlului.

Poziţia ocupată de o anume persoană de-a lungul acestei axe exercită o influenţă hotărâtoare asupra impactului pe care invitaţia de a prelua controlul unei situaţii o va avea asupra persoanei. Astfel, dacă o persoană situată în zona dezvoltării superioare a sentimentului controlului se va simţi în largul ei atunci când se va trezi în faţa „tabloului de comandă", resimţind în schimb ca pe o inadmisibilă (sau inacceptabilă) încorsetare impunerea unui control din exterior, pentru acele persoane care se simt mai degrabă neajutorate, perspectiva asumării responsabilităţii controlului este trăită ca o ameninţare generatoare de anxietate covârşitoare. Se pot invoca, bineînţeles, argumente de ordin ideologic pentru a susţine preferinţa pentru formularea interpretărilor de către client, exact aşa cum se poate invoca argumentul că asumarea responsabilităţii şi a controlului de către client este mai în acord cu obiectivele generale ale psihoterapiei, care prin definiţie ţinteşte plusul de maturitate şi autonomie. Este la fel de adevărat însă şi faptul că obiectivele finale ale terapiei nu pot fi confundate cu ceea ce se poate realiza la un moment dat al intervenţiei, astfel încât aprecierea măsurii în care se poate conta pe contribuţia clientului la formularea interpretării în care va trebui el însuşi să-şi asume această responsabilitate, constituie una dintre cele mai importante sarcini cărora terapeutul va trebui să le răspundă. Important, înainte de toate, este ca persoana să înţeleagă şi să-şi însuşească ideea că poate exista o optică alternativă asupra problemelor cu care se confruntă, urmând ca, în cazurile în care pentru început este nevoită să preia aceste viziuni de la terapeut, să-şi însuşească treptat şi modalităţi eficiente prin care poate ajunge ea însăşi, chiar fără nici un sprijin din afară, la formularea unor naraţiuni care să-i permită adaptarea superioară la situaţiile critice.

Alegerea momentului optim pentru formularea unei interpretări este prezentată în literatura de specialitate ca un moment delicat. Nevoia evitării unei formulări pripite a interpretării poate fi considerată ca o regulă generală, dar se susţine în egală măsură şi faptul că amânarea

nejustificată a comunicării unei interpretări poate conduce – mai ales în cazul transferului – la acumularea unei cantităţi de material ce urmează a fi elucidat şi nu mai poate fi cuprins nici de către client, nici de către terapeut. Pe de altă parte, formularea unei interpretări la momentul oportun, asigură acesteia efectul maxim. Baranger (1993, p. 18) împrumută conceptul „momentului de urgenţă" (*point of urgency*) de la Pichon-Rivière, definindu-l ca „acel moment al funcţionării în câmpul analizei, în care structura dialogului şi structura subsidiară (fantezia inconştientă fundamentală a câmpului) se pot asambla şi pot da naştere unei înţelegeri (*insight*)". Pornind de la premisa că o interpretare atinge profunzime doar în măsura în care poate fi asimilată de către client ca ceva ce îi aparţine, terapeutul va reţine interpretarea la care a ajuns până în momentul în care are convingerea că dispune de forma şi de elementele prin care o poate face accesibilă înţelegerii clientului.

Principiul considerat fundamental în psihanaliză, conform căruia terapeutul trebuie să se abţină de la interpretări atât timp cât clientul se află în faza rezistenţei, a condus la elaborarea unor strategii eficiente menite să „pregătească terenul" pentru interpretare. Peräkylä (2004) remarcă astfel – făcând trimitere la o lucrare a lui Vehviläinen – că interpretările sunt precedate adesea de o discuţie lungă ce are drept rezultat evaluarea unor aspecte ale experienţelor sau narativelor clientului ca fiind surprinzătoare sau ca necesitând explicaţii suplimentare. O serie întreagă de tehnici mobilizate de către terapeut – confruntări, reformulări, reluări sau continuări ale unor afirmaţii ale clientului – contribuie la conturarea acestor aspecte. Rolul preparativelor este acela de a înlesni ajungerea la o înţelegere comună a unor aspecte ale experienţelor clientului, formulată în termeni ce permit cuplarea acestora de alte domenii ale experienţei. Astfel, în discuţiile precedente formulării interpretării, terapeutul structurează secvenţe care îi permit să re-explice o experienţă particulară a clientului, astfel încât să poată face o potrivire potenţială a acesteia cu experienţe din trecut. În acest sens, autorul accentuează importanţa modului în care experienţele sunt formulate de către terapeut, arătându-se de acord cu Spence, care susţinea primordialitatea potrivirii aspectelor lingvistice faţă de potrivirea cu „adevărul istoric". Sunt identificate două mecanisme care pot contribui la o veritabilă construire (şi nu doar reconstrucţie) a experienţelor clientului de către terapeut : *circulaţia figurilor de stil* şi *organizarea secvenţelor*.

Chiar dacă detalierea de mai jos nu coincide neapărat cu modul în care autorul însuşi îşi reprezintă aceste mecanisme, apreciem că în primul caz putem urmări deplasarea figurilor de stil pe două orbite complementare. Astfel, cea verticală, dispusă pe ruta client-terapeut, îi permite clinicianului să preia şi să utilizeze metafore sau figuri de stil la care clientul recurge pentru a-şi defini problemele sau componente importante ale acestora şi a căror plasticitate face posibilă evocarea conţinuturilor în cauză sub o formă deosebit de concisă, fiind capabilă totodată să mobilizeze întreg ansamblul de trăiri asociate elementelor problematice. Ocazional, astfel de figuri de stil pot fi introduse chiar de către terapeut în contextul dezbaterii conflictelor persoanei luate în tratament, care le poate depista în naraţiuni ale clientului, relatate fără o legătură nemijlocită cu problemele cu care se confruntă, sau pot fi propuse pur şi simplu de către clinician, trebuind ca el să se asigure în acest caz că metafora propusă generează în client într-adevăr rezonanţa scontată. Secvenţa cu adevărat crucială, din punctul de vedere al interpretării, este reprezentată însă de deplasarea figurii de stil pe orbita orizontală, dispusă pe axa conflicte din trecut – conflicte actuale – relaţie terapeutică (transferenţială). În esenţă, ea constă în introducerea de către terapeut a aceleiaşi figuri de stil în descrierea fiecăreia dintre formele de relaţie separate în timp, între care urmează să se stabilească o legătură, metafora comună fiind în acest caz pe post de liant al episoadelor conflictuale supuse analizei.

Cea mai elaborată dintre strategiile de pregătire a interpretărilor, care permite chiar formularea acestora în cadrul primei şedinţe – considerată a fi de evaluare – este cea a lui Davanloo, prezentată şi bogat ilustrată cu exemple clinice în numeroase lucrări, atât de către autor, cât şi de către discipolii acestuia. Noi am inclus prezentarea acestei forme de abordare în secţiunea dedicată interpretării transferului.

Fernández Liria (2000) consideră că valoarea interpretărilor poate fi măsurată prin „utilitatea" acestora, adică prin impactul pe care îl produc asupra clientului. Astfel, psihoterapia se va dovedi eficientă în măsura în care eforturile reunite ale terapeutului şi ale clientului aduc la lumină un nou sens al naraţiunii celui din urmă, sens datorită căruia simptomul încetează să mai fie necesar. Autorul atrage atenţia asupra faptului că prin prisma acestei concepţii obiectivul terapeutului nu constă în

cunoaşterea a ceva ce există sau este dat în mod obiectiv, ci în crearea împreună cu clientul a unei noi versiuni a povestirii care conferă sens simptomului pentru care clientul a solicitat asistenţă terapeutică. Transformarea care se petrece în cadrul naraţiunilor dominante ale persoanei permite includerea printre acestea a noilor experienţe, sensuri şi (inter)acţiuni, oferind în acelaşi timp şi noi oportunităţi pentru o abordare diferită a problemelor.

Pentru a putea fi considerată validă, o naraţiune alternativă trebuie să satisfacă următoarele criterii:

- Să fie suficient de *diferită* de naraţiunea originală a clientului, astfel încât simptomul să înceteze să fie necesar.
- Să fie suficient de *asemănătoare* cu naraţiunea originală a clientului, astfel încât să poată fi crezută şi acceptată de către client.
- Să integreze suficiente elemente din lumea clientului, pentru a-i permite acestuia să anticipeze, să planifice şi să rezolve problemele generate de lumea lui, fără a pune noua naraţiune sub semnul întrebării.
- Să poată fi trecută atât în contul clientului, cât şi în cel al terapeutului.
- Să fie compatibilă cu sistemul de valori al clientului.

5.5.2.1. *Interpretarea transferului*

Interpretarea transferului ocupă o poziţie privilegiată în cadrul abordării psihodinamice. În lucrarea sa de referinţă asupra naturii acţiunii terapeutice a psihanalizei, Strachey (1931/1999) a etichetat ca „mutative" acele interpretări care generează modificări atât la nivelul cunoştinţelor despre sine ale clientului, cât şi la cel al sentimentelor nutrite faţă de propria persoană. Interpretarea poate fi considerată „mutativă" în măsura în care îşi aduce contribuţia la întreruperea cercului vicios nevrotic. Nu întâmplător, aceste interpretări constituie cele mai importante intervenţii puse în slujba realizării obiectivelor terapeutice în cadrul tratamentelor orientate psihodinamic. Strachey apreciază că doar interpretările adresate transferului pot prezenta această calitate, având în vedere faptul că operează asupra unor impulsuri, emoţii şi cogniţii trăite de către client în „aici şi acum", astfel încât efectul lor va fi imediat. Mai mult chiar, validitatea lor poate fi verificată nemijlocit de către client, care beneficiază şi de posibilitatea de a experimenta impactul produs de

interpretare asupra relaţiei cu terapeutul. Interpretările extratransferenţiale, în schimb, care vizează experienţe distanţate atât în timp, cât şi în spaţiu, oferă clientului în mai mică măsură posibilitatea confruntării cu diferenţele dintre obiectul real şi cel creat de propria fantezie, în condiţiile în care obiectul şi situaţia analizată nu sunt prezente. Aceste din urmă interpretări sunt denumite de către Strachey „interpretări de dicţionar". Kernberg (1997) susţine, de asemenea, că în cazul ideal interpretările nu sunt asociate unui moment particular din trecutul clientului, ci se focalizează asupra inconştientului din „aici şi acum", aşteptându-se ca procesul interpretativ să se aprofundeze treptat şi să îşi găsească direcţia genetică, pe măsură ce clientul şi terapeutul urmăresc asociaţiile şi observă dezvoltările din cadrul analizei transferului şi contratransferului.

Connolly *et al.* (1999) definesc interpretările transferului ca fiind acele interpretări care sunt menite să ajute clientul să înţeleagă legătura dintre interacţiunile cu terapeutul şi interacţiunile cu alte persoane din viaţa lor, pe când pentru Schaeffer (1998) interpretările adresate transferului reprezintă acele referiri explicite la relaţia terapeutică, ce îşi propun expunerea, elucidarea şi încurajarea explorării conflictelor clientului, aducându-şi totodată contribuţia la evaluarea atitudinilor şi manifestărilor comportamentale potenţial nocive.

Frecvenţa cu care terapeutul se angrenează în demersuri ce vizează interpretarea transferului poate fi estimată cu ajutorul instrumentului

Tabelul 5. *Scala Tehnicilor Terapeutice Specifice (Subscala „STT-transfer")* (*apud* Bogwald *et al.*, 1999)

Nr. item	Tehnici terapeutice	Frecvenţa (0-4)
1	Focalizarea asupra relaţiei client-terapeut (pregătirea interpretării)	
2	Investigarea emoţiilor clientului faţă de terapeut/terapie	
3	Interpretări ce vizează relaţia client-terapeut şi unul sau mai multe elemente dinamice (impulsul, anxietatea, mecanismele de apărare)	
4	Întrebări ce vizează gândurile clientului referitoare la ce crede că ar putea simţi terapeutul faţă de ea/el	
5	Stabilirea legăturilor între patternurile repetitive (incluzând şi interpretările genetice)	

elaborat de Bogwald *et al.* (1999). Considerăm utilă prezentarea acestei scale şi datorită faptului, că prezintă o descriere a acelor elemente de intervenţie, care pot fi puse în mod nemijlocit în legătură cu eforturile menite să clarifice relaţia transferenţială.

Primul dintre itemi se referă la simple aluzii la relaţia terapeutică, în timp ce al doilea şi al patrulea vizează formularea acelor întrebări care pot de multe ori facilita înţelegerea chiar de către client a naturii transferenţiale a relaţiei terapeutice. În sfârşit, itemii 3 şi 5 au în vedere interpretările transferului în sensul tradiţional, în cadrul acestora terapeutul formulând la modul explicit posibilele legături ale reacţiilor actuale ale clientului cu relaţiile sale din trecut. Frecvenţa cu care terapeutul recurge la elementele cuprinse în această scală este de altfel apreciată de observatori externi, care notează fiecare dintre itemi între 0 (frecvenţă nulă) şi 4 (foarte frecvent). În realizarea acestei evaluări se ţine cont în exclusivitate de recursul la intervenţiile descrise de către fiecare item în parte, alte aspecte ce ţin, de exemplu, de acurateţea interpretării sau de alegerea momentului potrivit pentru formularea ei nefiind luate în consideraţie. Pe de altă parte, nu sunt reţinute ca relevante decât formulările clare şi explicite (de exemplu, cele care se referă deschis la „relaţia terapeutică" sau care sunt exprimate în termeni de „dvs. şi eu" sau „noi"). Incursiunile teoretice, ca şi opţiunile pentru o prezentare prea abstractă a problemei, care riscă să nu fie înţelese ca atare de către client, respectiv să nu fie identificate ca referindu-se la propria relaţie terapeutică, nu sunt luate în seamă în calculul frecvenţei interpretărilor adresate transferului.

Abordarea transferului în cadrul psihoterapiilor dinamice de scurtă durată diferă semnificativ de modul în care acest fenomen este gestionat în cadrul psihanalizei. Esenţa acestei diferenţe constă în primul rând în faptul că atitudinea mult mai activă a terapeutului angrenat în practica intervenţiilor limitate în timp favorizează dezvoltarea mult mai rapidă a rezistenţelor transferenţiale şi manifestarea lor timpurie în cadrul relaţiei terapeutice. O consecinţă notabilă a acestei particularităţi o constituie faptul că reacţiile transferenţiale, legate nemijlocit de evenimentele actuale ale procesului terapeutic, pot fi accesate şi interpretate practic imediat, ceea ce împiedică dezvoltarea aşa-numitei „nevroze de transfer".

Dintre toate tehnicile elaborate în vederea facilitării procesului de dezvoltare şi manifestare timpurie a sentimentelor transferenţiale, cea

mai structurată şi mai eficientă pare a fi cea pusă la punct de Davanloo. Noua metapsihologie elaborată de acesta are la bază cercetări minuţioase efectuate pe parcursul multor ani, realizate cu ajutorul tehnologiei video. Autorul a supus analizei în profunzime înregistrarea audiovizuală a tuturor intervenţiilor terapeutice practicate, din momentul aplicării terapiei-test în vederea stabilirii adecvării clientului pentru psihoterapia dinamică intensivă de scurtă durată (PDISD), până în cel al terminării terapiei, respectiv secvenţa controlului rezultatelor la câteva luni după încheierea intervenţiei. Noutatea abordării practicată de Davanloo este recapitulată de către Gottwik *et al.* (1998a) în cele de mai jos:

a) Nu recurge la tehnica asociaţiei libere în gestionarea rezistenţelor.
b) Oferă o conceptualizare cu totul nouă a rezistenţelor.
c) Aplică un set de tehnici directe în abordarea rezistenţelor.
d) Este evitată în totalitate dezvoltarea nevrozei de transfer.
e) Se bazează pe o nouă metapsihologie cuprinzătoare a inconştientului, ce se constituie într-o cunoaştere profundă a structurii şi funcţionării inconştientului dinamic.

După Davanloo (1992b) terapeutul angrenat în intervenţii psihodinamice de scurtă durată trebuie să se ghideze după următoarele principii tehnice:

1. Să recurgă activ la tehnica confruntării şi să asigure gravitarea discuţiei terapeutice în jurul problemei focale.
2. Să utilizeze cât mai curând transferul, să fundamenteze alianţa terapeutică şi să se folosească de aceasta, să clarifice şi să interpreteze transferul.
3. Să recurgă la interpretări în legătură cu toate tipurile de conţinuturi inconştiente – inclusiv fanteziile şi visele clientului –, dar, mai ales, cu manifestările transferului şi ale rezistenţei.
4. Să prelucreze la modul activ rezistenţa transferenţială.
5. Să evite la modul activ dezvoltarea unei relaţii transferenţiale de tip simbiotic, mai ales la acei clienţi care prezintă o structură de personalitate pasivă-dependentă, respectiv la acei clienţi afectaţi de tulburare compulsivă, care suferă de simptome psihonevrotice instalate cu multă vreme în urmă. În acest sens, o importanţă deosebită revine recursului frecvent la tehnica confruntării cu manifestările

transferenţiale şi a interpretării acestora. Davanloo susţine că putem împiedica dezvoltarea transferului caracterizat prin pasivitate şi dependenţă întrerupând-o prin confruntări şi interpretări ori de câte ori este cazul.

6. Terapeutul lucrează activ pe cele două triunghiuri (al persoanelor şi al conflictului), prezentate în această lucrare în secţiunea dedicată transferului. (În acest context apreciem ca benefic recursul la modelul celor patru triunghiuri, propus de Molnos [1997], în locul celor două triunghiuri.)
7. Secvenţa decisivă a metodei o constituie stabilirea relaţiilor din cadrul triunghiului persoanelor, accentuând similitudinea reacţiilor transferenţiale ale clientului cu cele din relaţiile curente (relaţia T–C), respectiv cu cele din trecut (relaţia T–P). Interpretarea se desăvârşeşte atunci când au fost stabilite toate cele trei relaţii posibile (T–C–P).
8. Cu cât terapeutul este în măsură să furnizeze mai curând şi mai frecvent interpretări adecvate ale relaţiilor T–C–P, respectiv T–P, cu atât mai favorabil va fi prognosticul şi mai scurtă durata terapiei.

Elementul central al intervenţiei propuse de Davanloo constă în a-i permite clientului să se confrunte nemijlocit, „aici şi acum", cu forţele dinamice care acţionează în inconştientul lui, responsabile pentru producerea simptomelor şi tulburărilor caracteriale cu care se confruntă. Acest obiectiv este servit de setul de tehnici menite să faciliteze accesul direct la inconştient, reunite sub conceptul generic de „secvenţă dinamică centrală" (*Central Dynamic Sequence*).

Secvenţa centrală dinamică din cadrul procesului de accesare rapidă şi directă a inconştientului şi de mobilizare rapidă a alianţei terapeutice inconştiente împotriva forţelor rezistenţei cuprinde după Davanloo (1999a) următoarele şapte faze:

1. Faza investigării.
2. Faza exercitării presiunii.
3. Faza provocării.
4. Rezistenţa faţă de transfer.
5. Dominanţa parţială ori majoră a alianţei terapeutice inconştiente împotriva rezistenţei şi accesul direct la inconştient.

6. Analiza transferului.
7. Explorarea dinamică a inconştientului.

Dintre elementele menţionate mai sus, exercitarea presiunii şi provocarea (care culminează în aşa-numita tehnică a „coliziunii frontale") constituie acele forme de intervenţie ce vizează pregătirea terenului în vederea unei interpretări cât mai timpurii a transferului. După cum subliniază Davanloo (1999c), eficienţa discuţiei terapeutice depinde în mare măsură de dezvoltarea rapidă a rezistenţei şi a transferului, pe care autorul le consideră veritabili factori „gemeni". Recursul la tehnicile menţionate mai sus este indicat în cazurile în care factorii amintiţi nu sunt imediat detectabili şi în care sunt indicii că dezvoltarea lor spontană ar fi lentă.

Exercitarea presiunii. Davanloo atrage atenţia în repetate rânduri că evaluarea psihodiagnostică din cadrul primei întrevederi cu terapeutul, bazată pe o abordare fenomenologică superficială a simptomatologiei, poate genera concluzii a căror validitate este scăzută, mai ales în cazul persoanelor care prezintă probleme caracteriale. În astfel de situaţii, simptomatologia clasică poate fi chiar absentă, deşi investigaţia realizată cu mijloacele specifice ale psihoterapiei dinamice intensive de scurtă durată permite evidenţierea unei anxietăţi inconştiente importante. În descrierea reperelor pentru abordarea inconştientului (*guidelines to the unconscious*), Davanloo distinge două situaţii terapeutice care necesită o abordare diferenţiată. Pe de o parte, putem întâlni clienţi în cazul cărora absenţa anxietăţii inconştiente detectabile este o consecinţă a faptului că persoana se confruntă cu o intensitate a anxietăţii ce depăşeşte pragul toleranţei, ceea ce o determină să recurgă la mecanismul „debranşării" (*disconnection*) prin care „sigilează" inconştientul, întrerupând astfel comunicarea dintre conştient şi inconştient. Acest mecanism poate fi sesizat cu precădere în cazul clienţilor a căror toleranţă faţă de anxietatea inconştientă este mică sau moderată. Pe de altă parte, sunt descrişi acei clienţi în cazul cărora „cimentarea inconştientului" poate fi pusă în evidenţă pe întreaga durată a existenţei. În consecinţă, avem de-a face cu un sistem defensiv extrem de solid, cu o toleranţă foarte mare faţă de anxietatea inconştientă, ceea ce permite acumularea unei importante cantităţi de anxietate. Astfel, este nevoie de

o intensificare cu adevărat semnificativă a emoţiilor conţinute în „rezervorul cimentat" pentru ca semnele care indică prezenţa anxietăţii să fie detectabile. Ceea ce este comun în aceste două situaţii distincte este faptul că în ambele clientul este deconectat de propriile trăiri inconştiente – de propria persoană în ultimă instanţă – şi prin urmare de orice contact emoţional cu terapeutul. Diferă însă abordarea terapeutică a celor două variante. În primul caz, cel al debranşării cu scopul evitării copleşirii de către anxietatea inconştientă, presiunea se exercită la adresa manevrelor prin care clientul sistează accesul la inconştient. Terapeutul insistă, în egală măsură, asupra construirii unei alianţe terapeutice, prima întrevedere având drept obiectiv crearea unui climat de încredere. În schimb, în cel de al doilea caz, cel al „inconştientului cimentat", se impune exercitarea unei presiuni multidimensionale deosebit de puternice, care serveşte următoarele obiective:

a) mobilizarea inconştientului, blocat atât de multă vreme şi ajuns oarecum într-o stare de mumificare;
b) fortificarea determinării clientului de a investi eforturi susţinute în bătălia purtată împotriva rezistenţelor puternice;
c) punerea în evidenţă a acestor rezistenţe – cu care inevitabil toţi aceşti clienţi s-au identificat – şi întoarcerea clientului împotriva acestora.

Se consideră, în general, că investigaţiile în sensul tradiţional al termenului sunt inutile în abordarea clienţilor din această categorie, secvenţa dinamică centrală debutând chiar cu exercitarea presiunii, intervenţie ce se constituie dintr-un sistem întreg de măsuri, al căror ansamblu vizează mobilizarea într-un final a sentimentelor „îngropate", care se află în miezul conflictelor patologice: iubirea dezvoltată în cadrul legăturii iniţiale, traumatizarea acestui sentiment de afecţiune prin decepţie şi toată gama resentimentelor şi emoţiilor revendicative, cu sentimentele de culpă şi de doliu ce le sunt asociate. Davanloo descrie două dintre formele complexe pe care le îmbracă aceste sentimente, cu implicaţii deosebite asupra problemelor cu care se confruntă clientul. Astfel, *sabotorul intern* – al cărui concept a fost introdus de Fairbairn – se consideră că ar corespunde componentei sadice a supraeului. În viaţa de zi cu zi se manifestă ca o tendinţă de a reproduce toate caracteristicile indezirabile ale unui părinte rece, dur, dominator, agresiv, insuficient preocupat de nevoile copilului. Atunci când această

componentă ajunge să domine personalitatea, prezintă tendinţa de a zdrobi toate raportările impregnate de dorinţă sau afecţiune ale persoanei şi de a-i sabota relaţiile bazate pe iubire. Al doilea, denumit *agresorul din inconştient* reprezintă o forţă dinamică a cărei origine se regăseşte în ruperea traumatică a legăturii parentale în fazele timpurii ale existenţei. Cu cât trauma este mai timpurie, cu atât este mai severă şi cu cât are un caracter mai repetitiv, cu atât furia reactivă se va dovedi mai primitivă. Ca forţă dinamică, agresorul din inconştient deţine o partitură majoră atât în dezvoltarea tulburărilor simptomatice, cât şi a celor caracteriale, reprezentând acel aspect al inconştientului dinamic, care se foloseşte de forţa sentimentelor inconştiente impregnate de culpă pentru a perpetua suferinţa şi mizeria sufletească cu care se confruntă persoana (*apud* Beeber, 1999). Presiunile se adresează deci nemijlocit acestor sentimente supuse represiei, dar în cazurile mai complicate ele trebuie să demoleze şi sistemele defensive construite în vederea evitării unei noi traumatizări (Augsburger, 2000b).

În viziunea lui Davanloo (1999a), principalele obiective vizate de exercitarea presiunii sunt următoarele :

a) Clătinarea mecanismelor de apărare mobilizate de către client în cadrul transferului.
b) Intensificarea sentimentelor transferenţiale.
c) Mobilizarea şi intensificarea rezistenţelor.
d) Crearea unui anumit grad al cristalizării rezistenţelor din cadrul transferului.
e) Dezvoltarea rapidă a rezistenţei şi a sentimentelor transferenţiale.
f) Mobilizarea (la unii dintre clienţi) a alianţei terapeutice inconştiente.

Exercitarea presiunii se poate realiza prin mai multe modalităţi tehnice. Câteva dintre principalele forme ale intervenţiilor care vizează exercitarea presiunii sunt recapitulate de către Davanloo (1999a) în următoarea listă :

- Invitaţia adresată clientului de a fi mai specific ; solicitarea unui exemplu concret.
- Întrebări care vizează sondarea mai profundă a aspectelor dezbătute.
- Dirijarea interviului înspre aspectele semnificative ; solicitarea unor informaţii suplimentare în legătură cu aceste aspecte.
- Focalizarea asupra emoţiilor trăite în prezent.

- Focalizarea asupra impulsurilor.
- Remarce care vizează clarificarea.
- Comentarii confruntative ce îmbracă forma evidenţierii unor aspecte în întregime conforme cu realitatea, dar pe care clientul refuză să le ia în consideraţie.
- Repetarea unei întrebări, cu scopul blocării tacticilor diversioniste ale clientului.
- Focalizarea asupra fanteziilor.
- Introducerea unei teme cu încărcătură anxioasă.
- Dirijarea atenţiei clientului asupra utilizării unor cuvinte.
- Exprimarea explicită a unor conţinuturi implicate în cele comunicate de către client, pe care însă acesta evită să le formuleze deschis.
- Sublinierea sentimentelor care îl deranjează pe client.
- Comentarii confruntative.
- Dirijarea atenţiei clientului asupra aspectelor neverbale şi somatice.
- Blocarea sub forma lipsei răspunsului.
- Dirijarea interviului înspre zonele specifice în care clientul întâmpină dificultăţi.

Autorul insistă de altfel asupra faptului că exercitarea presiunii şi provocarea nu pot fi separate cu totul una de cealaltă, unele forme ale presiunii conţinând evident elemente ale provocării.

Provocarea (*challenge*). Reprezintă momentul-cheie în cadrul intervenţiei preconizate de către Davanloo (*apud* Said şi Schubmehl, 1999), ea constând în formularea unor întrebări directe referitoare la rezistenţe, respectiv în punctarea, contrarea, blocarea şi atragerea atenţiei asupra acestora. Rezistenţele se constituie din defense singulare (intelectualizare, distanţare, relativizare, negare etc.), unele dintre ele fiind utilizate în mod regulat, aproape automat de către client, iar altele, mobilizate în cadrul unor tactici de abatere a atenţiei terapeutului de la teme sensibile particulare (Malan, 1986a), iar provocarea comunică o atitudine de lipsă de respect şi consideraţie a terapeutului faţă de acestea, în timp ce faţă de client exprimă simpatie şi respect, în deplin acord cu tradiţia promovată de abordarea centrată pe persoană. Ca o consecinţă, acea „parte" a clientului care se identifică cu rezistenţele sale se va simţi agresată şi va dezvolta sentimente de iritare şi mânie, proces desfăşurat în paralel cu aprecierea profundă a eforturilor terapeutului de către

părţile clientului nemulţumite de inconvenientele generate de rezistenţe şi resimţite din plin în viaţa de zi cu zi. Rezultă din confruntarea acestor tendinţe opuse o tensiune care poate genera străpungerea majoră a rezistenţelor. Sarcina terapeutului, în vederea realizării acestui lucru, este de a înclina cât mai mult cu putinţă balanţa dintre cele două forţe în direcţia celor care doresc înlăturarea rezistenţelor. Modul în care se poate realiza acest lucru depinde, de altfel, de poziţia ocupată de către client de-a lungul spectrului tulburărilor nevrotice (vezi secţiunea dedicată conceptualizării problemei). În cazul persoanelor localizate în partea stângă a spectrului, rezistenţele sunt nesemnificative, ele crescând o dată cu deplasarea înspre zona mediană. În sfârşit, la extrema din dreapta a spectrului, inconştientul este „cimentat" în întregime, astfel încât clienţii rezistă masiv, semnele unei alianţe terapeutice neputându-se manifesta decât după ce terapeutul a reuşit să slăbească sistemul psihic şi să mobilizeze inconştientul.

Provocarea nu poate fi realizată cu succes decât după ce rezistenţele clientului faţă de eforturile de elucidare ale terapeutului au fost mobilizate şi s-au exprimat în repetate rânduri la modul deschis. „Cristalizarea rezistenţelor caracteriale în cadrul transferului" se referă la acele manifestări verbale şi neverbale care indică faptul că persoana aflată în tratament reacţionează în momentul prezent la intervenţiile terapeutului. Atunci când se întâmplă acest lucru, are loc o tranziţie a rezistenţelor manifestate de client în scop defensiv, de la cele tactice de suprafaţă, la cele profunde, definite caracterial. Unii dintre clienţi intră în terapie cu setul rezistenţelor caracteriale parţial sau cu totul cristalizat, în timp ce în cazul altora cristalizarea are loc doar ca rezultat al unei consistente perioade de presiuni exercitate de către terapeut (Lebeaux, 1999). Cercetarea lui Callahan (2000) demonstrează că dincolo de manifestarea pe planul comunicării verbale, rezistenţele se exprimă şi prin simptomele neverbale ale intensificării anxietăţii. După ce acest lucru s-a întâmplat, terapeutul va „contra" prin intermediul provocării fiecare nouă manifestare a unei rezistenţe, provocarea devenind din ce în ce mai tăioasă o dată cu intensificarea rezistenţelor. Impactul confruntării va fi maxim doar în măsura în care s-a atras atenţia clientului asupra rezistenţelor sale şi în care acesta nu poate evita luarea la cunoştinţă a faptului că se opune demersurilor terapeutului (Said şi Schubmehl, 1999).

Prezentăm în continuare câteva exemple de provocări concrete prin care terapeutul caută să contracareze rezistenţele clientului, exprimate prin formulări vagi, echivoce, ambigue sau prin tactici de eschivare de la formularea unui răspuns direct :

1. În cazul unei formulări de tipul : „Cred că am avut o relaţie destul de bună..." :
   T : „Aşa credeţi ? De fapt a fost bună sau nu ?".
2. Atunci când clientul afirmă că nu îşi aduce aminte :
   T : „Hm... Vi se întâmplă des să uitaţi pur şi simplu, lucruri importante care vi se întâmplă ? ".
3. În cazul în care clientul retractează o acuză formulată cu foarte puţin timp în urmă :
   T : „Deci spuneţi mai întâi că v-a durut... Apoi reveniţi şi afirmaţi că de fapt nici nu v-a afectat... Ce pot eu să înţeleg de aici... ? ".

Dincolo de conţinutul acestor răspunsuri, tonul cu care sunt rostite este de maximă importanţă în vederea comunicării acelui mesaj, care implică în egală măsură contrarea rezistenţelor, dar, în acelaşi timp şi atitudinea pozitivă faţă de client. Malan (1986a) recurge pentru descrierea lor la metafora „mâinii de oţel îmbrăcată în mănuşă de catifea".

Davanloo (1999b) formulează următoarele reguli fundamentale cu privire la cunoştinţele tehnice şi metapsihologice care guvernează intervenţiile de tipul provocării (*challenge*) :

1. Terapeutul trebuie să fie familiarizat cu natura rezistenţelor, atât cu cea a rezistenţelor majore, cât şi cu modul de organizare tactică a acestora.
2. Terapeutul trebuie să posede cunoştinţe metapsihologice cuprinzătoare asupra organizării defensive inconştiente, incluzând aici mecanismele de apărare obsesive, spectrul mecanismelor de apărare regresive, precum şi sistemele de apărare primitivă.
3. O dată ce faza provocării a fost inaugurată, este nevoie ca terapeutul să lanseze provocarea la adresa fiecărei manifestări defensive şi să exercite presiune asupra lor, pe măsură ce acestea sunt mobilizate în cadrul procesului terapeutic. Această provocare şi presurizare rapidă a rezistenţelor este esenţială în vederea creşterii tensiunii până la demolarea lor finală, care permite pătrunderea la conţinuturile inconştiente. În cazul în care terapeutul omite să facă acest lucru,

tensiunea va scădea, fără a atinge pragul care ar permite accesul nemijlocit la inconştient.

4. Terapeutul este conştient de faptul că o intensificare a sentimentelor transferenţiale, respectiv a componentei transferenţiale a rezistenţelor, constituie elementul crucial al pătrunderii la inconştient prin demolarea rezistenţelor.
5. Pragul care permite accesul direct la inconştient corelează cu gradul mobilizării şi intensificării rezistenţelor, respectiv cu trăirea nemijlocită a sentimentelor transferenţiale. În cazul în care pragul se situează în jurul unor parametri moderaţi, accesul direct permis la conţinuturile inconştiente va fi doar unul parţial. În schimb, o valoare crescută a pragului va genera un spectru larg pentru accesarea nemijlocită a inconştientului. Se poate vorbi de o atingere a pragului printr-o mobilizare optimă, ceea ce facilitează un acces deopotrivă rapid şi cuprinzător la conţinuturile rămase până în acest moment neluate la cunoştinţă.
6. Terapeutul trebuie să dobândească acces nemijlocit la inconştientul clientului şi la aspectele inconştiente ale alianţei terapeutice. Conceptul descriptiv de „deschidere a inconştientului" vizează în întregime dominarea rezistenţelor de către alianţa terapeutică inconştientă. Davanloo se referă la o primă străpungere a rezistenţelor, la una majoră şi la una totală, corespunzătoare celei dintâi dominări a rezistenţelor de către alianţa terapeutică inconştientă, dominării majore, respectiv totale. Optimul intervenţiei terapeutice şi al mobilizării alianţei terapeutice este atins atunci când rezistenţele sunt înfrânte cu totul.
7. Terapeutul trebuie să fie pregătit să-şi continue munca sistematică până când realizează prima străpungere a rezistenţelor în cadrul celei dintâi şedinţe terapeutice, urmată de repetarea procedurii în cadrul fiecăreia dintre şedinţele consecutive.
8. Davanloo insistă asupra faptului că este important ca terapeutul care aplică această metodă să-i înţeleagă în profunzime fundamentele metapsihologice şi tehnice şi să-şi dezvolte pe baza lor propriul stil terapeutic, nu să înveţe din exemplele oferite un repertoriu de fraze-şablon, pe care să le aplice la momentul oportun.

Abordarea (coliziunea) frontală (*head-on collision*). Tehnica coliziunii este utilizată în abordarea rezistenţelor instalate în cadrul transferului

sau atunci când defensele caracteriale ale clientului s-au cristalizat ca rezultat al aplicării presiunii şi al provocării. Davanloo (1999c) desemnează următoarele obiective majore ale abordării (coliziunii) frontale:

1. Blocada totală exercitată împotriva tuturor mecanismelor defensive implicate în menţinerea forţelor de rezistenţă.
2. Declanşarea unui asalt direct asupra tuturor forţelor implicate în menţinerea atitudinilor ce rezultă în distrugerea de sine, înfrângerea de sine, respectiv sabotarea iniţiativelor proprii.
3. Intensificarea sentimentelor transferenţiale.
4. Mobilizarea alianţei terapeutice împotriva rezistenţei; înclinarea balanţei dintre cele două forţe în favoarea alianţei terapeutice. Se adresează nemijlocit alianţei terapeutice şi este îndreptată cu precădere împotriva tendinţei autodistructive inerente în refuzul conştient sau inconştient al clientului de a renunţa la rezistenţele sale.
5. Crearea unei stări de tensiune crescute între rezistenţe şi alianţa terapeutică din cadrul transferului; importantă este în acest sens combinarea provocării la adresa rezistenţelor cu afişarea unei atitudini sfidătoare la adresa acestora, ceea ce generează o reacţie complexă a clientului, în care dorinţa şi mai puternică de a se crampona de rezistenţele sale se opune întoarcerii din ce în ce mai evidente împotriva acestora. În direcţia terapeutului această atitudine ambivalentă îmbracă forma amalgamului dintre supărarea ce se accentuează o dată cu intensificarea presiunii şi aprecierea profundă a eforturilor pe care acesta le depune pentru a-l ajuta. Crearea acestei tensiuni dintre rezistenţe şi alianţa terapeutică din cadrul transferului impune noi coliziuni frontale menite să mobilizeze alianţa terapeutică inconştientă împotriva rezistenţelor generatoare de probleme şi de suferinţă.
6. Confruntarea clientului cu propriile atitudini autodistructive, prin recursul la formule de exprimare de tipul „bun rămas", „nefericite" sau „suferinţă", menite atât să-l determine prin puterea şocului emoţional să abandoneze partea sintonică a rezistenţelor sale, cât şi să mobilizeze resursele clientului („alianţa sa terapeutică inconştientă") pentru efortul necesitat de demolarea rezistenţelor.
7. Înregistrarea unei comunicări majore din partea alianţei terapeutice inconştiente.

8. Slăbirea de aşa manieră a sistemului psihic implicat în blocarea accesului către conţinuturile rămase inconştiente, încât aceasta să mobilizeze inconştientul şi să-l facă mai accesibil scrutinului parţial sau major din cadrul intervenţiei terapeutice.

Modalităţile concrete prin care se realizează coliziunea frontală pot varia de la formele simple, la cele compozite, selecţia acestora fiind lăsată la latitudinea terapeutului, care se va orienta în alegerea lor în funcţie de potenţialul acestora de a sluji în mai mare măsură obiectivele terapeutice imediate, într-un anumit moment, în cadrul tratamentului unui anumit client. Prin urmare, frecvenţa cu care terapeutul va recurge la aceste tehnici va fi una variabilă de la caz la caz. Prezentăm în continuare, după Davanloo (1999c), o listă a acestor tehnici ce pot fi utilizate în cadrul secvenţei de abordare frontală din cadrul psihoterapiilor dinamice de scurtă durată:

1. Punctarea şi accentuarea problemei cu care se confruntă clientul şi consecinţele acesteia asupra existenţei sale.
2. Accentuarea responsabilităţii clientului; demolarea iluziei de omnipotenţă a terapeutului.
3. Accentuarea voinţei clientului; sublinierea rolului lui decisiv în solicitarea asistenţei terapeutice.
4. Sublinierea sarcinii terapeutice şi a obiectivelor clientului.
5. Accentuarea parteneriatului dintre client şi terapeut.
6. Indicarea şi sublinierea rolului rezistenţelor.
7. Punctarea consecinţelor rezistenţelor.
8. Provocarea şi sublinierea aspectului autodistructiv al rezistenţelor.
9. Provocarea şi sublinierea aspectului autodistructiv al rezistenţelor din cadrul transferului şi sublinierea consecinţelor acestora.
10. Stabilirea şi sublinierea unei paralele între tiparele autodistructive şi sabotoare la adresa propriilor demersuri din cadrul transferului şi al altor relaţii importante ale clientului.
11. Sublinierea aspectelor autosabotoare şi autodistructive ale rezistenţelor, a componentei masochiste a rezistenţei caracteriale a clientului, a nevoii clientului de a se sabota şi de a se lăsa înfrânt; provocarea la adresa componentei inconştiente ce acţionează împotriva intereselor persoanei.

12. Dezactivarea transferului, refuzul rolului transferențial în care clientul dorește să-l distribuie pe terapeut.
13. Dezactivarea sfidării eforturilor terapeutului de către rezistențele clientului.
14. Provocarea la adresa patternului de transfer dependent, a nevoii clientului de a folosi terapeutul pe post de cârjă.
15. Provocarea la adresa rezistențelor opuse față de apropierea emoțională și presiunea exercitată asupra acestora.
16. Presiunea exercitată asupra alianței terapeutice inconștiente.

Pentru a concretiza recursul la coliziunea frontală, vom exemplifica în cele ce urmează câteva dintre principalele tehnici utilizate în cadrul acestei abordări:

- În cadrul *punctării și sublinierii rolului jucat de problema clientului* în existența acestuia, terapeutul va recurge la termeni ca *dificultăți*, *suferință*, *majore*, *minimalizare* etc. El va putea formula, de exemplu, în felul următor: „Vedeți, dvs. în mod firesc vă cunoașteți mai bine decât oricine altcineva. Și totuși, atunci când se pune problema descrierii greutăților și a suferinței cu care vă confruntați, prezentați tendința de a le minimaliza".
- Pentru a sublinia *relația de parteneriat* dintre client și terapeut, înaintea unei confruntări, cel din urmă poate spune: „Una dintre cele mai importante sarcini cu care ne confruntăm aici este ca noi doi să reușim să înțelegem, sprijinindu-ne reciproc, ceea ce se ascunde în spatele problemelor dvs., ceea ce constituie nucleul lor".
- Pentru a accentua *decizia clientului de a solicita ajutor* în vederea soluționării problemelor sale: „Dacă am înțeles bine, nu ați venit aici pentru că altcineva a dorit acest lucru sau pentru că v-ar fi presat să o faceți. Acest lucru este foarte important, pentru că ne arată că, în adâncul sufletului, *vreți* să scăpați de problemele astea și să vă simțiți în sfârșit bine, după atât timp".
- Pentru a evidenția *consecințele negative ale rezistențelor* terapeutul va insista cu precădere asupra obstacolelor ridicate de către acestea în calea realizării obiectivelor terapeutice: „Vedeți, vă fixați ca obiectiv să veniți aici, pentru a vă înțelege și rezolva problemele care vă cauzează atâta suferință, dar atât timp cât veți continua să vă cenzurați, nu avem cum să ajungem la originea lor, și astfel, riscați să compromiteți realizarea acestui obiectiv".

Întregul proces este recapitulat pe baza lucrărilor lui Davanloo de către Lebeaux (1999) în cele ce urmează : intensificarea sentimentelor transferențiale generate de intervențiile de tipul „presiunii", al „provocării" și al „coliziunii frontale" conduc nemijlocit la dezvoltarea alianței terapeutice inconștiente și, în cele din urmă, la descătușare. Sentimentele transferențiale, care conțin o mixtură de mânie, emoții pozitive, sentimente de culpă și de regret evocă și reactualizează sentimentele fundamentale dureroase trăite față de persoane din trecut, care se află la baza simptomelor nevrotice actuale. Intensificarea alianței terapeutice inconștiente, ce poate fi pusă, de asemenea, pe seama sentimentelor transferențiale, se manifestă la rândul ei ca o nouă forță din cadrul conștiinței, care permite nevoii profunde de libertate a clientului să se alăture terapeutului, pentru a susține eforturile acestuia de a combate forțele autodistructive ale supraeului. Această nouă forță energizează, protejează și ghidează procesul, în egală măsură pentru client și terapeut, astfel încât atunci când atinge o anumită intensitate, se produce în mod natural o descătușare a conținuturilor inconștiente importante. Ca o consecință a acestei accesări a conținuturilor inconștiente, se poate sesiza o fluidizare și o accelerare a procesului, respectiv dirijarea acestuia de către sentimentele autentice, în dauna intelectualizărilor. Se așteaptă, în sfârșit, din partea acestei intensificări a sentimentelor transferențiale să producă rezultate mai rapide, mai autentice și mai durabile decât o intervenție ce evită apăsarea pe clapa emoțiilor trăite „aici și acum" de către client.

Malan (1986a) remarcă la rândul lui în legătură cu trăirea nemijlocită a sentimentelor transferențiale, mobilizate prin tehnicile de mai sus, că această secvență antrenează efecte profunde. Acestea se manifestă înainte de toate, prin trăirea unui sentiment intens de ușurare, urmată de descătușarea inconștientului și de mobilizarea alianței terapeutice, modificări ce atrag după sine trei consecințe importante :

a) se creează pentru întâia oară posibilitatea utilizării interpretărilor de către client ;
b) devine posibilă explorarea în afara transferului a relațiilor, atât a celor curente, cât și a celor din trecut ;
c) clientul poate începe să-și formuleze propriile interpretări.

În această fază, tehnica se apropie foarte mult de terapiile care recurg la interpretare ca la principalul instrument al schimbării. Explorarea de

la punctul b) îi permite terapeutului să introducă un element nou, cel al interpretărilor care leagă rezistențele din cadrul transferului de mecanismele defensive mobilizate la adresa sentimentelor trăite în cadrul altor relații decât cea transferențială (interpretările TCP). Malan atrage atenția totuși asupra posibilității ca, o dată cu abordarea fiecărui nou aspect al problemelor clientului, rezistențele să revină, astfel încât să fie nevoie de reluarea întregului ciclu de provocare a lor. În cazul optim, aceste cicluri repetate pot conduce la așa-numitele conținuturi „pure", care permit explorarea și interpretarea conflictelor din relațiile clientului fără a mai fi nevoie de a face trimiteri la transfer.

O importantă componentă a abilităților terapeutului specializat în psihoterapia dinamică de scurtă durată o constituie capacitatea acestuia de a surprinde manifestările exterioare ale dezvoltării sentimentelor transferențiale. Pe parcursul secvențelor succesive de tip intervenție-răspuns, terapeutul monitorizează neîncetat reacțiile clientului la intervențiile sale și ia noi măsuri în funcție de feedback-ul primit din partea inconștientului clientului. Un rol important în cadrul acestui proces de evaluare a dinamicii transferului este deținut de detectarea anxietății inconștiente, care crește în strânsă corelație cu intensificarea sentimentelor transferențiale. Terapeutul experimentat poate sesiza accentuarea anxietății inconștiente observând intensificarea tensiunii musculaturii striate, care urmează o progresie precisă, începând cu degetele mâinii și continuând cu musculatura mâinilor, a brațelor, a umerilor, cuprinzând în continuare mușchii intercostali, ceea ce se manifestă sub forma unei scurtări a respirației. În continuare, tensiunea cuprinde musculatura gâtului, a feței, a spatelui și, în sfârșit, cea a picioarelor. Această progresie a tiparului tensiunii musculare indică intensificarea anxietății inconștiente, ceea ce îi permite astfel terapeutului să evalueze dinamica transferului pe baza unor observații directe, și nu doar prin recursul la interpretarea intelectuală a ceea ce s-ar petrece în inconștientul clientului, respectiv în cadrul relației terapeutice (Lebeaux, 1999). Pe de altă parte, este la fel de important ca terapeutul să recunoască semnele instaurării alianței terapeutice chiar din faza „germinării" acesteia și să ia toate măsurile necesare în vederea consolidării poziției sale în raport cu rezistențele. De fapt, una dintre cele mai frecvente erori ce pot fi puse pe seama lipsei de experiență a terapeutului o constituie confundarea unor manifestări ale alianței terapeutice cu

rezistențele, ceea ce poate antrena în cazurile mai fericite o prelungire nejustificată a tratamentului sau – în cele mai grave – chiar compromiterea alianței (Augsburger, 2000a).

Molnos (1997) recapitulează, la rândul ei, utilizând sistemul de codificare prezentat în cadrul modelului celor patru triunghiuri, procesul psihoterapiei dinamice de scurtă durată. Autoarea descrie următoarele demersuri ale terapeutului, înlănțuite într-o succesiune bine determinată de secvențe :

a) caută să *dezvăluie* dificultățile actuale și *explorează* sentimentele reale (XC) ;
b) *confruntă* clientul cu fiecare pas realizat în direcția defenselor (DC dar mai ales DT), până când acesta reușește să își trăiască deplin sentimentele ascunse (inițial de regulă X) și nu le exprimă „aici și acum" (-XT) ;
c) după ce sentimentele reale reprimate pătrund la suprafață, respectiv se eliberează de sub presiunea mecanismelor de apărare, *recunoaște* și *apreciază* anxietatea pe care clientul o trăiește în situația de „aici și acum" (AT) față de terapeut, respectiv față de limitele impuse de terapie ;
d) *ajută* clientul să descopere și să identifice actualizarea aceluiași conflict în cadrul relațiilor interpersonale actuale importante (C) și în relațiile din trecut (P), în situația de „atunci și acolo", cu părinții, frații și alte persoane semnificative apropiate ;
e) *ajută* clientul să trăiască, să perceapă și să înțeleagă inter-relațiile dintre DAX/TCP, atât de viu și atât de frecvent pe cât este posibil (= prelucrarea repetată, respectiv rezoluția transferului).

În ultimă instanță obiectivul interpretării transferului constă în a demonstra clientului, suficient de convingător pentru ca acesta să poată asimila acest lucru, faptul că rezistențele pe care le opune eforturilor terapeutului de a-l ajuta sunt de fapt simple reeditări ale unor mecanisme defensive elaborate în cadrul relațiilor din trecut – în fond aceleași ce stau la baza problemelor cu care se confruntă în viața de zi cu zi – care au menirea de a-l proteja de anxietatea generată de posibilitatea retrăirii unor sentimente inacceptabile sau chiar periculoase în trecut, cel mai probabil în cadrul relațiilor cu părinții. Se așteaptă din partea acestui demers înțelegerea faptului că noile relații nu sunt simple reeditări

ale vechilor legături, impregnate de aceleaşi conflicte, care ar trebui inevitabil să confrunte persoana cu aceleaşi decepţii. În aceasta constă, în esenţă, experienţa emoţională corectivă, descrisă de către Alexander şi French ca retrăirea vechiului conflict nerezolvat, dar cu un alt deznodământ decât cel cu care s-a soldat cel original. Autorii subliniază că numai trăirea actuală a noii soluţii în situaţia transferenţială sau în viaţa de zi cu zi este în măsură să inoculeze persoanei sentimentul că un deznodământ diferit de cel de odinioară este cu adevărat posibil, şi să o capaciteze astfel să renunţe la vechile tipare de relaţionare, care pot fi incriminate pentru dezvoltarea problemelor sale actuale (după Malan, 1989).

Schaeffer (1998) apreciază că interpretările transferului – în măsura în care sunt acurate şi utilizate corespunzător – îşi aduc contribuţia la succesul terapiei, prin impactul benefic exercitat asupra unor ingrediente ale tratamentului ca dezvoltarea relaţiei şi alianţei terapeutice sau continuarea terapiei. Efectele pozitive asupra succesului intervenţiei pot fi puse în evidenţă atât în cazul clienţilor care prezintă forme uşoare sau moderate ale tulburărilor incluse în cadrul primele două axe ale DSM, cât şi în cel al persoanelor tratate prin psihoterapie, ce nu prezintă simptome asimilabile vreunei tulburări mintale. Autoarea insistă asupra faptului că, pentru a fi cu adevărat eficiente, interpretările ce vizează transferul trebuie să reflecte cu exactitate unicitatea situaţiei terapeutice pe care caută să o surprindă, având grijă ca formularea, focusul lor şi alegerea momentului în care sunt prezentate clientului să fie ajustate cu sensibilitate după natura şi severitatea problemelor acestuia, respectiv după alte aspecte relevante, cum ar fi conflictele de nucleu prezentate în „aici şi acum", dorinţele şi nevoile ce se găsesc la baza acestora, sau convingerile patologice ce izvorăsc din transferurile patogene. Din perspectiva psihoterapiei orientate analitic, Goldstein (2000) consideră, de asemenea, că cea mai eficientă cale de a obţine modificări permanente o constituie retrăirea şi prelucrarea conflictelor de către client în cadrul transferului. Autorul recomandă astfel, într-o primă fază, comentarea rezistenţelor manifestate faţă de formarea transferului, iar ulterior, asistarea clientului în înţelegerea propriei persoane prin corelarea experienţei transferului cu relaţiile sale curente şi din trecut.

Wolstein (1996) susţine că înseşi rezultatele unei intervenţii terapeutice ar trebui să fie apreciate în termenii experienţelor trăite „aici şi acum", legate de persoana terapeutului, pentru că oricât de importante

ar fi înţelegerea amintirilor din trecut, excavate în cursul intervenţiei, sau proiecţia în viitor, spaţiul în care schimbările se petrec este acela al contextului actual furnizat de relaţia terapeutică.

Două studii, semnate de Piper *et al.* (1991), respectiv Hoglend (1993), au sugerat o relaţie inversă între numărul interpretărilor dedicate transferului şi rezultatele terapiei, cel din urmă constatând chiar că interpretările transferului efectuate în primii doi ani ai psihoterapiei dinamice practicate sub forma întâlnirilor săptămânale se întorc împotriva cursului terapiei. Connolly *et al.* (1999) au demonstrat, la rândul lor, că relaţia dintre interpretarea transferului şi rezultatele terapiei este moderată de calitatea relaţiilor clientului. Astfel, corelaţia negativă a putut fi pusă în evidenţă doar în cazul clienţilor ale căror relaţii interpersonale erau de calitate precară, în timp ce acele persoane supuse tratamentului care prezentau relaţii interpersonale de calitate superioară tolerau relativ bine frecvenţele moderate ale interpretării naraţiunilor transferenţiale. În acord cu autorii citaţi, Ogrodniczuk şi Piper (1999) conclud, ca rezultat al unei treceri în revistă a efectelor produse de interpretarea transferului la clienţii care prezintă tulburări de personalitate că aceste interpretări sunt eficiente cu condiţia să fie formulate pe fondul unei alianţe terapeutice puternice, să fie echilibrate prin comentarii suportive şi să fie adresate în exclusivitate acelor clienţi care prezintă o calitate superioară a relaţiilor cu obiectul. Merită atenţie şi poziţia exprimată de Schaeffer (1998), care recomandă ca recursul la interpretările adresate transferului – dacă se doreşte ca acestea să se dovedească cu adevărat eficiente – să fie relativ scăzut, sau cel mult moderat ca frecvenţă. Având în vedere faptul că în cadrul psihoterapiilor suportive-expresive de scurtă durată – care au constituit cadrul de referinţă al studiului semnat de Connolly *et al.* – se recurge relativ rar la interpretarea transferului, reacţia clienţilor la dezbaterea frecventă a temelor transferenţiale nu a putut fi estimată. O primă consecinţă de ordin practic a acestor constatări ar fi aceea că ele sugerează utilitatea evitării interpretărilor transferenţiale în cazul clienţilor ce prezintă relaţii interpersonale de calitate inferioară, recomandare în deplin acord cu directivele formulate de Horowitz *et al.* (1984), care sunt de părere că terapeuţii angrenaţi în terapia suportivă-expresivă se pot concentra, în cazul clienţilor ale căror relaţii sunt nesatisfăcătoare, pe tehnicile suportive. Există şi orientări care, deşi recunosc explicit implicarea manifestărilor transferenţiale în procesul terapeutic, şi implicit nevoia

gestionării acestora, propun adoptarea unei strategii diferite față de ele. Astfel, spre deosebire de tradiția psihanalitică ce impune interpretarea transferului, abordarea psihodinamică-suportivă recomandă exploatarea ei bazată pe două principii fundamentale (Misch, 2000). Primul dintre acestea prevede ca, în situațiile în care terapeutul este perceput de către client ca fiind omnipotent, atotștiutor, iubitor și grijuliu etc., aceste convingeri iluzorii să nu fie combătute, ci exploatate în slujba realizării obiectivelor terapeutice. Terapeutul poate profita, de exemplu, de pe urma încrederii ce rezultă din imaginea sa de cunoscător infailibil al naturii umane pentru a-și asigura colaborarea clientului său atunci când formulează sugestii terapeutice. Al doilea principiu se referă la confruntarea și corectarea imediată a manifestărilor transferențiale negative, astfel încât acestea să nu interfereze cu bunul mers al terapiei. Acest lucru implică de multe ori discutarea deschisă, explicită, a ceea ce terapeutul întreprinde, fără recursul la strategii defensive ce ar putea întări convingerea clientului în justețea raportării sale transferențiale negative. În sfârșit, o poziție de mijloc este reprezentată de Safran și Muran (*apud* Curtis *et al.* 2004), care apreciază – în acord cu alți autori – că simpla abordare (investigare) a sentimentelor nutrite de către client față de terapeut ar putea reprezenta o strategie dătătoare de mai multă siguranță pentru cel dintâi decât interpretarea acestora. Autorii sugerează că în condițiile în care chiar și discutarea transferului poate genera în cazul unor clienți anxietate, recursul preferențial la acestea – cel puțin în fazele inițiale ale tratamentului – ar putea reprezenta o alternativă viabilă.

Pe de altă parte, rezultatele obținute de Connolly *et al.* (1999) nu exclud nici faptul că această categorie de clienți ar putea profita de pe urma unei analize a relațiilor lor extraterapeutice, și nu este mai puțin adevărat nici faptul că generalizabilitatea rezultatelor obținute este pusă sub semnul întrebării de unele limite de ordin metodologic. Astfel, interpretările efectuate asupra fenomenelor transferențiale au fost culese în exclusivitate din materialele furnizate de primele ședințe terapeutice, când mulți autori de orientare psihodinamică recomandă de fapt abținerea de la aceste interpretări. În al doilea rând, caracterul corelațional al studiului poate indica doar o asociere negativă generală a rezultatelor terapiei cu interpretarea transferului, dar nu spune nimic despre posibilitatea ca, în anumite condiții, inclusiv clienții cu un suport relațional precar să profite de pe urma unei analize a propriilor raportări transferențiale.

În orice caz, credem că aceste rezultate se pot constitui – în ciuda limitelor amintite – într-un semnal suficient de puternic pentru a avertiza asupra posibilului recul al recursului necritic la interpretările unui fenomen de complexitatea transferului. Apreciem totodată că ele atrag atenţia încă o dată asupra nevoii ajustării strategiei terapeutice după caracteristicile fiecărui client în parte.

Demnă de remarcat este în acest sens şi poziţia exprimată de McCullough *et al.* (1991). Într-un studiu în care şi-au propus investigarea relaţiei dintre răspunsul imediat al clienţilor la interpretarea transferului şi rezultatele finale ale terapiei, aceşti autori au constatat asocierea „reacţiilor emoţionale" (definite operaţional ca replici ce conţin cuvinte referitoare la sentimente) cu succesul intervenţiei, în timp ce „răspunsurile defensive" (exprimate prin evitarea aspectelor dificile ale dezbaterii şi absenţa emoţiilor) au fost întâlnite cu precădere la clienţii a căror terapie s-a soldat cu rezultate slabe. Ca o consecinţă, autorii citaţi recomandă terapeuţilor să se simtă liberi să formuleze interpretări referitoare la relaţia transferenţială atât timp cât acestea provoacă din partea clienţilor un răspuns emoţional (*apud* Perrier şi Stuart, 2000).

Critica interpretării clasice a transferului. Horney (1995a) atrage atenţia asupra a trei pericole ale interpretării comportamentului de manifestare a ataşamentului clientului drept transfer, percepută ca o continuare a trăirii schemelor comportamentale ale copilăriei. Primul dintre acestea se referă la faptul că aceste interpretări nu influenţează anxietatea fundamentală şi, ca urmare a acesteia, dependenţa faţă de terapeut rămâne neatinsă, mai mult, poate chiar să se accentueze. În al doilea rând, interpretarea reacţiilor emoţionale provocate de situaţia analitică, ca repetiţii ale sentimentelor din trecut, ar atrage după sine riscul ca întregul demers terapeutic să se dovedească neproductiv. În opinia autoarei, interpretarea trebuie să descopere acei factori actuali care pot fi consideraţi responsabili pentru reacţia vizată a clientului. În acest sens putem reţine şi poziţia exprimată de Chessick (2000b), care propune o viziune mai inedită asupra funcţiilor transferului, subliniind că manifestările acestuia pot fi mobilizate ocazional, în momente de mare încărcătură emoţională ale terapiei, ca o strategie de evitare a unor amintiri, emoţii sau intuiţii de care clientul doreşte să se protejeze pentru moment. Într-o astfel de situaţie, exprimarea unei emoţii puternice

faţă de terapeut poate abate atenţie dinspre conţinuturile „periculoase" sau generatoare de disconfort. În sfârşit, ultimul reproş pe care îl formulează Horney relativ la rolul central al transferului reclamă omiterea relevării personalităţii actuale a clientului. „Tendinţele individuale existente în prezent pot fi recunoscute ca atare chiar dacă ele sunt raportate în primul rând la trecut, deoarece o sensibilitate excesivă, sfidarea sau aroganţa trebuie mai întâi recunoscute drept ceea ce sunt, înainte de a putea fi raportate la trecut." (Horney, 1995a, p. 136).

Bálint (1994) atrage atenţia asupra necesităţii evitării pericolului îngustării ocnofile a perspectivei clientului. Caracteristica fundamentală a persoanei ocnofile constă în faptul că se simte în siguranţă numai în proximitatea imediată a obiectului ei şi că recurge, în vederea asigurării acesteia, la un comportament tipic de exprimare a ataşamentului. Autorul citat atrage atenţia asupra faptului că terapeutul care se complace în ochii clientului său în postura obiectului distins prin înţelepciune şi putere, respectiv care conferă sens fiecărei interpretări prin raportarea la propria lui persoană, poate trezi uşor în clientul său sentimentul că ar fi incapabil să simtă şi să gândească în absenţa reperului oferit de relaţia cu terapeutul său şi chiar să fie atent la orice altceva din afara terapiei.

Mai mult chiar, însăşi accentuarea caracterului neadecvat al transferului în contextul situaţiei date a devenit pentru unii autori o sursă de controversă. Fosshage (1994), de exemplu, este de părere că acele structuri tematice cu încărcătură emoţională care modelează forma variată a experienţelor noastre nu ar distorsiona „o realitate presupusă a fi obiectivă", ci, în fiecare caz, contribuie la construirea unei realităţi trăite subiectiv. Autorul citat se inspiră din Stolorow şi Lackmann, potrivit cărora transferul poate fi înţeles înainte de toate ca expresie a influenţei continue a principiilor de organizare a informaţiilor şi de funcţionare a imaginaţiei clientului, cristalizate în perioada de dezvoltare ontogenetică a acestuia. Fosshage afirmă, de altfel, excluzând orice urmă de îndoială, faptul că, practic, în fiecare clipă a existenţei noastre, „construim" realitatea în aceeaşi măsură în care o percepem. În esenţă punctul de vedere al lui Fosshage, este împărtăşit şi de Warme, care arată faptul că transferul nu este altceva decât acea „ordine fundamentală a lumii, datorită căreia individul îşi înţelege mediul... A califica ceva drept transfer rămâne incorect atât timp cât nu precizăm deschis faptul că totul este transfer" (Warme, 1994, p. 116). Potrivit acestuia un

„sentiment transferențial" nu este altceva decât manifestarea raportării emoționale tipice a clientului. Practic aceasta ar însemna că a face referire la faptul că un anumit sentiment al clientului exprimat față de terapeut ar fi „doar transfer", ar putea fi evaluat în situația cea mai fericită drept o jignire formulată la adresa clientului, pe când într-o formă mai gravă ar dezvălui incapacitatea terapeutului de a înțelege iubirea sau ostilitatea, și, nu în ultimul rând, esența transferului. În aceeași ordine de idei, Poser (2002) accentuează faptul că, în cadrul evoluției și progresiei stărilor transferențiale, clientul creează structuri psihologice pe care le exhibă inconștient în relația cu terapeutul. Modurile în care acesta se folosește de terapeut, respectiv de situația terapeutică, ne apar ca realizări creative ce contribuie la construirea structurii psihologice. Autorul consideră că fiecare transformare transferențială a terapeutului ar echivala cu o transformare a self-ului într-o direcție progresivă, noile faze adăugând structură celei realizate în cadrul etapelor precedente. Recunoscând că negarea justeței acestor poziții ar fi cu adevărat dificilă, trebuie să arătăm totuși că autorii par a nu sesiza faptul că această constatare a lor este valabilă cu referire la realitatea subiectivă a persoanei, căreia însă nu subiectivitatea i se „reproșează", ci angajarea în slujba unor tipare de relaționare care contribuie la dezadaptare și la generarea conflictelor. Este de la sine înțeles că orice proces perceptiv este impregnat de subiectivitate dar asta nu înseamnă că distorsiunile produse de un anumit grad al subiectivității sau de o anumită direcție a procesării informațiilor impusă de experiențele anterioare ale persoanei nu ar putea reprezenta importante surse ale eșecului eforturilor de adaptare. Prejudecățile, la rândul lor, sunt roade ale interferenței unor factori subiectivi în procesul perceperii altor persoane, însă recunoașterea acestui lucru nu trimite în derizoriu eforturile depuse în vederea reducerii impactului lor. Nu poate fi diferită situația nici în cazul transferului pe care îl putem concepe ca pe o formă a prejudecăților, conturată însă prin experiențe personale relevante, și nu transmisă prin modele culturale. Pe de altă parte, suntem întru totul de acord cu autorii în măsura în care eforturile lor de a plasa fenomenele transferențiale în proximitatea unor caracteristici fundamentale ale proceselor perceptive se constituie într-un demers ce vizează evitarea blamării prin etichetare a persoanei luate în tratament psihoterapeutic. Din acest punct de vedere însă trebuie menționat și faptul că majoritatea autorilor

de orientare psihodinamică – sau informaţi psihanalitic – privesc transferul ca reprezentând un fenomen a cărui răspândire este universală, şi nicidecum ca pe o manifestare a cărei apariţie în afara unui context psihopatologic sau a unui cabinet psihoterapeutic ar fi de neconceput. Avertismentele de tipul celor formulate de autorii mai sus citaţi atrag însă atenţia asupra grijii pe care terapeutul trebuie să o manifeste faţă de modul livrării interpretărilor transferului, astfel încât acesta să înlăture în cea mai mare măsură sentimentul clientului că ar fi blamat pe această cale sau că terapeutul s-ar strădui tocmai să-i demonstreze că ar fi sub imperiul unui mecanism care îl plasează în categoria persoanelor foarte grav tulburate. Dimpotrivă, rolul interpretării este acela de a-i demonstra clientului cum, prin prisma experienţelor sale de viaţă, perceperea eronată a celorlalţi, respectiv interpretarea uneori deplasată a reacţiilor acestora, apare ca un rezultat firesc, ce necesită însă – pentru a permite o mai bună adaptare – corecţie.

5.5.2.2. *Interpretarea contratransferului*

Recunoaşterea caracterului mutativ al interpretărilor transferenţiale nu înseamnă însă că analiza fenomenelor legate de transfer ar fi în măsură să acopere întreaga gamă a conţinuturilor a căror desluşire poate contribui la rezolvarea problemelor clientului. Astfel, Riesenberg-Malcolm (1995) subliniază faptul că interpretarea reprezintă o mixtură de activitate intelectuală şi emoţională, ea fiind de neconceput în absenţa vreuneia dintre aceste componente. Înţelegerea emoţională a clientului de către terapeut este importantă, chiar dacă rezultatele acesteia trebuie să fie procesate de gândire înainte de a fi comunicate clientului. Această poziţie a autoarei este în acord nu doar cu principiile interpretării contratransferului, ci şi cu noile teorii asupra implicării mecanismelor evaluării emoţionale în procesarea informaţiilor (vezi, de exemplu, Zajonc, 2003 ; Forgas, 2001 ; Blascovich şi Mendes, 2001). Astfel, contratransferul este conceput ca un veritabil „organ de simţ", capabil să perceapă aspecte ale sentimentelor clientului care fie nu pot fi exprimate în mod direct de către acesta, fie vin să completeze conţinuturile ce au fost comunicate în mod direct. Pe o poziţie similară se situează şi Kernberg (1997), care subliniază faptul că, în psihologia self-ului, acordarea emoţională (*emotional attunement*) dobândeşte funcţia de instrument fundamental în slujba clarificării de către client a propriei subiectivităţi, prin

intermediul imersiunii subiective, empatice, a terapeutului în experienţele clientului. Această abordare neagă în egală măsură natura privilegiată a subiectivităţii analistului, precum şi funcţiile neutralităţii tehnice şi a anonimităţii terapeutului. Mutaţiile sesizate de Kenberg la nivelul modului în care este concepută interpretarea în orientările contemporane din psihanaliză converg către o apropiere de poziţia constructivistă, care înlocuieşte în centrul atenţiei terapeutului „adevărul istoric" cu cel narativ.

Schaeffer (1998) defineşte interpretările contratransferului ca fiind referiri explicite sau implicite la experienţele terapeutului în mediul terapeutic, legate de relaţia client-terapeut şi care vizează elucidarea impactului atitudinilor şi comportamentelor clientului asupra acestei relaţii. Autoarea apreciază că acest demers nu ar avea menirea de a încuraja explorarea conflictelor, ci s-ar concentra în exclusivitate asupra experienţelor terapeutului legate nemijlocit de situaţia terapeutică.

Hoffart şi Frijs (2000) au studiat impactul stărilor emoţionale ale terapeutului asupra clienţilor în cadrul strict delimitat al tratamentului prin terapie comportamentală-psihodinamică a persoanelor afectate de anxietate. Deşi acest lucru limitează într-o mare măsură generalizabilitatea rezultatelor, considerăm totuşi că acestea pot prezenta interes şi în contextul vizat de lucrarea noastră, întrucât atrag atenţia asupra impactului pe care reacţiile emoţionale ale terapeutului îl pot avea asupra rezultatului intervenţiei terapeutice. S-a constatat, astfel, că interesul superior al terapeutului faţă de client şi prezenţa în cât mai mică măsură a supărării au fost trăirile cel mai puternic asociate de reducerea comportamentului de evitare prezentat de către clienţi la un an după încheierea terapiei. Se poate argumenta, în acest sens, că lipsa de interes şi exprimarea frecventă a supărării terapeutului ar putea avea la bază comportamente ale clientului, care, asemenea inhibării emoţionale, ar reflecta trăsături de personalitate implicate în sabotarea progreselor terapeutice, dar se poate susţine în egală măsură şi ipoteza că în măsura în care lipsa de interes şi supărarea trăite de către terapeut faţă de clientul său se exprimă în comportamentul celui dintâi, cel din urmă va putea resimţi acest lucru sub forma accentuării depresiei, anxietăţii şi a demoralizării. Dincolo însă de ipotezele emise de către autori, credem că mai importantă este constatarea că prognosticul acelor clienţi care

evocă dezinteres şi supărare din partea terapeutului este puţin optimist şi că acest lucru impune o analiză individuală amănunţită atât a motivelor care generează raportarea negativă a celui chemat să contribuie la rezolvarea problemelor cu care se confruntă persoana care a solicitat ajutor, cât şi a relaţiei dintre atitudinea terapeutului şi răspunsul clientului la sprijinul oferit în vederea schimbării comportamentului său. Dacă în urma acestei analize se dovedeşte că dezinteresul şi supărarea terapeutului sunt înrădăcinate în problemele sale personale – de exemplu, teama de a suferi un eşec terapeutic, de care se apără prin neimplicare, respectiv blamarea clientului –, soluţia posibilă constă în apelul la funcţia terapeutică a supervizării. În caz contrar însă, dacă analiza sugerează mai degrabă faptul că blazarea şi nemulţumirea terapeutului sunt motivate de caracteristici ale clientului, cum ar fi implicarea insuficientă în propria terapie, alexitimia sau tendinţa spre procrastinaţie, reacţia contratransferenţială poate atrage atenţia asupra faptului că, după toate probabilităţile, acestea sunt răspunsurile emoţionale evocate şi din partea persoanelor din anturajul imediat al clientului, ceea ce privează persoana de suportul de care ar avea nevoie pentru a depăşi perioada critică pe care o străbate. Mai mult chiar, reacţia negativă a persoanelor importante intensifică deznădejdea şi demoralizarea clientului (în acord cu principiul profeţiilor negative care se autoconfirmă). Gestionarea eficientă a acestei situaţii terapeutice poate avea drept rezultat sfărâmarea cercului vicios. Ea trebuie să vizeze, în primul rând, înţelegerea de către client a modului în care mesajele pe care el însuşi le emite – codate la rândul lor de sentimentul neajutorării învăţate sau de cel al eficienţei personale scăzute – sunt recepţionate de către ceilalţi, precum şi a modului în care exprimarea decepţiei trăită de aceştia îi subminează încrederea în propria-i capacitate de a face faţă situaţiei, reducând nivelul angajamentului său în rezolvarea problemelor cu care se confruntă la cote inferioare celor în măsură să asigure succesul demersurilor sale. Una dintre funcţiile fundamentale ale interpretării – dacă nu chiar cea mai importantă – este aceea de a substitui un „mit" generator de probleme şi suferinţă cu un altul, în măsură să ofere o viziune mai constructivă asupra unei situaţii cu care se confruntă persoana. În esenţă, este vorba de înlocuirea unui mit al neputinţei printr-unul al eficienţei personale şi al resurselor care oferă accesul la o alternativă dezirabilă. Înţelegerea (*insight*-ul) spre care interpretarea este chemată să mijlocească

deschiderea este invariabil una care, găsind o explicaţie mai favorabilă pentru problemele cu care se confruntă clientul – sau cel puţin pentru anumite componente ale acestora –, conţine implicit un mesaj menit să-i întărească stima de sine.

Subliniind funcţia de „mit terapeutic" a interpretării contratransferului, nu dorim să creăm iluzia că am avea de a face cu un mecanism terapeutic cu efect instantaneu. Asemenea oricărei intervenţii terapeutice, interpretarea – independent de „corectitudinea" ei, de capitalul de speranţă investit în conţinutul ei sau de intenţiile terapeutului – îşi poate exercita impactul constructiv doar prin raportarea la nevoile clientului. Astfel, acesta poate avea nevoie de un număr de alte interpretări convergente pentru a-şi învinge rezistenţele, pentru a putea asimila conţinutul acestor interpretări şi pentru a putea integra semnificaţia lor în sistemul de convingeri – în bună parte inconştiente – care stă la baza reglării comportamentului său. Această relativă rezistenţă faţă de încercările de penetrare, a structurilor prin care persoana îşi evaluează confruntările cu situaţiile provocative nu trebuie să ne mire dacă avem în vedere faptul că ele au la bază componente în care elementelor cognitive le sunt ataşate puternice trăiri afective. Aceste componente au fost dobândite în urma unor procese de învăţare experienţială şi, prin urmare, ele nu pot fi invalidate printr-un simplu demers raţional.

În al doilea rând, se impune o intervenţie care să vizeze întărirea eului clientului, cel puţin în cazul în care interpretarea prezentată mai sus nu se va dovedi de ajuns pentru realizarea acestui obiectiv. Astfel, supărarea terapeutului poate genera depresia, anxietatea sau demoralizarea clientului şi imprima, implicit, un curs mai puţin satisfăcător al terapiei.

Se apreciază de regulă, că în surprinderea manifestărilor contratransferenţiale un rol deosebit revine supervizării (Malan, 1989 ; Said, 2000 ; Yourman, 2003), analiza reacţiilor – conştiente sau inconştiente – ale terapeutului reprezentând una dintre cele mai importante funcţii ale supervizării. Această funcţie a supervizării este cu atât mai evidenţă, cu cât de multe ori chiar erorile de ordin tehnic comise de către terapeut (de exemplu, prelungirea nejustificată a duratei şedinţelor, ratarea unor momente optime pentru interpretarea transferului etc.) sunt cauzate de către contratransferul scăpat de sub control. Implicarea supervizorului nu se rezumă doar la asistenţa acordată în identificarea rezistenţelor ce ţin de contratransfer, aceasta fiind la fel de importantă şi în luarea unei

decizii cu privire la modul în care terapeutul va dezvălui clientului şi va exploata terapeutic reacţiile sale. În mod firesc, rolul supervizării în gestionarea contratransferului este invers proporţional cu experienţa clinică a terapeutului. Elocventă este în acest sens poziţia lui Davanloo, care în cazul primei intervenţii practicate de terapeutul în formare, recomandată câte o oră de supervizare după fiecare oră de terapie (Flegenheimer, 1982). Sunt pe de altă parte şi autori (de exemplu, Horney, 1995b ; Casement, 1990 ; 1999) care pledează pentru recursul la autoanaliză, respectiv la dezvoltarea „supervizorului interior", ca principală metodă de autoanaliză. Din păcate nu dispunem de date empirice care ne-ar permite o comparaţie acurată a celor două abordări.

Studiind relaţia dintre managementul contratransferului şi rezultatele psihoterapiei de scurtă durată, Gelso *et al.* (2002) au evidenţiat asocierea scorurilor globale crescute înregistrate la CFI cu eficienţa superioară a intervenţiei, putând susţine astfel ipoteza după care cu cât terapeutul este mai capabil să gestioneze contratransferul, cu atât starea clientului se ameliorează în mai mare măsură. Notabil prin prisma acestui rezultat este faptul – în opinia autorilor – că o caracteristică de tip „trăsătură" a terapeutului este în măsură să anticipeze o modificare specifică înregistrată la nivelul comportamentului, stărilor emoţionale, înţelegerii de sine şi stării generale a clientului. Corelaţii statistic semnificative au putut fi puse în evidenţă şi între eficacitatea intervenţiilor şi trei dintre subscale (integrarea de sine, controlul anxietăţii şi abilităţile de conceptualizare). Putem aprecia, pe baza acestor rezultate, că acei terapeuţi care posedă capacitatea de a opera delimitări eficiente între propria persoană şi cea a clientului pe parcursul terapiei, putându-şi controla de o manieră satisfăcătoare anxietatea şi prezentând capacitatea de a surprinde la un nivel superior atât dinamica relaţiei terapeutice, cât şi pe cea intrapsihică a persoanelor luate în tratament, sunt cei din partea cărora ne putem aştepta cu cea mai mare probabilitate să faciliteze dezvoltarea în direcţie favorabilă a clienţilor. Pe de altă parte, autorii avertizează asupra faptului că diferenţele dintre corelaţiile evidenţiate sunt atât de mici, încât acestea nu permit să identificăm caracteristici dintre cele luate în studiu, al căror aport diferenţiat la eficienţa intervenţiei să poată fi presupus a fi superior.

Schaeffer (1998) recunoaşte că, deşi interpretarea transferului şi cea a contratransferului au adus o contribuţie importantă la succesul terapiei, atât în sine, cât şi în combinaţie cu alte intervenţii interpretative efectuate

într-un cadru exterior acestor două tipuri de relaţii, nu se poate susţine, pe baza datelor avute la dispoziţie, că oricare dintre ele ar fi neapărat necesară pentru a asigura o terapie cu adevărat eficientă. În aceeaşi ordine de idei, Silberschatz *et al.*, care avertizează asupra efectelor inconsistente şi ocazional chiar dăunătoare ale abuzului de interpretări ale transferului, susţin totodată că cele mai eficiente interpretări sunt cele care vizează problemele, nevoile şi obiectivele, respectiv „planurile" clientului, indiferent că acestea sunt analizate în cadrul unei trimiteri explicite la relaţia terapeutică sau nu (*apud* Perrier şi Stuart, 2000).

5.5.3. *Alte forme de intervenţie practicate în cadrul psihoterapiilor dinamice de scurtă durată*

În principiu, scenariul intervenţiei terapeutice este fundamentat teoretic şi prescris, din punct de vedere tehnic, de indicaţiile de ordin metodologic formulate de şcoala sau orientarea la care terapeutul aderă. Manualele propuse de terapiile suportate empiric, care pot fi considerate cele mai structurate şi mai acurate din acest punct de vedere, sugerează că respectarea de către terapeut a îndrumărilor prezentate ar fi în măsură să asigure modificarea vizată a simptomelor (vezi partea superioară a fig. 16). Totuşi, rezultatele investigaţiilor în domeniu demonstrează că doar 60-70% dintre clienţi profită într-adevăr de pe urma acestor intervenţii, pentru a nu mai pune la socoteală şi sporirea procentajului eşecurilor, care ar rezulta din contabilizarea acelora care abandonează tratamentul pe parcursul acestuia. Căutând o explicaţie pentru acest fenomen, Schulte (2002) arată că dincolo de stipularea unor principii fundamentale, manualele de psihoterapie ghidează intervenţia terapeutului doar la un nivel abstract. Astfel, chiar în cazurile în care problemele clientului – şi condiţiile în care acestea se manifestă – par a se potrivi satisfăcător cu metoda propusă de manual, aplicarea practică a intervenţiei propuse se poate dovedi ineficientă. În aceste situaţii, deciziile terapeutului, precum şi setul de caracteristici ale clientului, denumite de către autor *comportamentul fundamental al clientului*, se constituie în veritabile variabile mediatoare ale procesului terapeutic (fig. 16 partea inferioară). În ceea ce priveşte comportamentul fundamental al clientului, Schulte identifică cinci tipuri ale acestuia : (1) căutarea asistenţei terapeutice (opusă abandonării tratamentului) ; (2) cooperarea

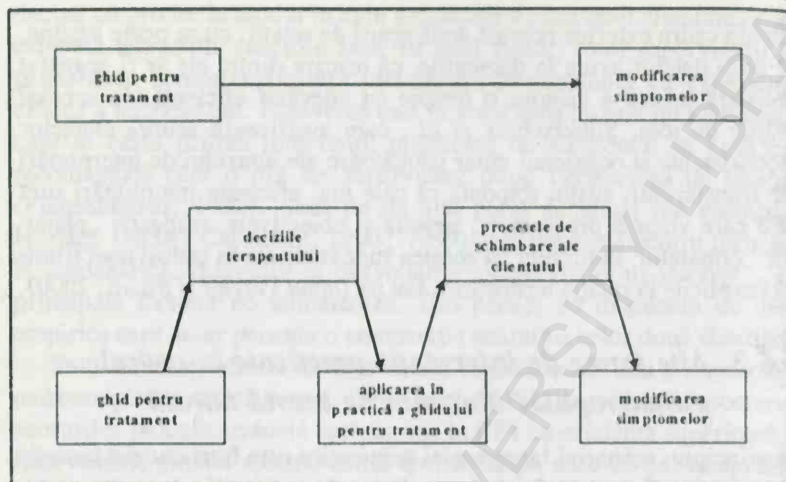


Figura 16. *Variabile mediatoare ale procesului terapeutic* (*apud* Schulte, 2002, p. 313)

de nivel înalt (opusă celei scăzute); (3) dezvăluirea de sine (opusă retragerii); (4) explorarea şi testarea noilor modele comportamentale (opusă refuzului acestora) şi (5) rezistenţa sau absenţa acesteia, ca forme active ale lipsei de cooperare.

După cum rezultă din cele prezentate mai sus, implementarea indicaţiilor metodologice în cadrul intervenţiei terapeutice presupune o serie de decizii luate de către terapeut, în condiţiile unei atente monitorizări a manifestărilor ce ţin de comportamentul fundamental al clientului. Astfel, terapeutul trebuie să se asigure că modul în care clientul răspunde la intervenţiile sale este unul care favorizează progresul în direcţia obiectivelor terapeutice vizate şi, în cazul în care reacţiile acestuia din urmă semnalează un angajament insuficient, terapeutul se confruntă cu sarcina identificării acelor forme ale intervenţiei care pot asigura depăşirea impasului creat prin motivarea adecvată a clientului. Realizarea acestui lucru presupune ca terapeutul, în egală măsură, să monitorizeze nevoile imediate ale clientului şi evoluţia acestuia, respectiv să stăpânească o gamă cât mai largă de tehnici – de inspiraţie psihodinamică sau nu – astfel încât să poată opta pentru cea mai eficientă intervenţie cu putinţă.

Următorul model al secvențelor procesului decizional ce precedă intervenția terapeutică, elaborat de Kennard *et al*. (1993, p. 6) permite surprinderea strategiei la care terapeutul recurge în astfel de situații:

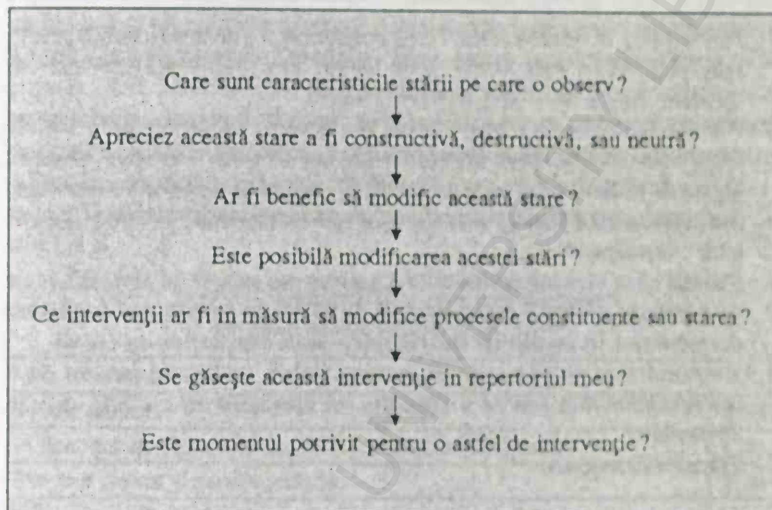


Figura 17. *Modelul secvențelor procesului decizional*
(Kennard *et al.*, 1993, p. 6)

Un prim reper pentru orientarea în cadrul acestui proces decizional este oferit de prioritățile diferitelor problemele în „aici și acum", adică de urgența cu care se impune prelucrarea acestora. Astfel, Misch (2000) a întocmit lista ierarhică a temelor care trebuie să beneficieze de întâietate în cadrul psihoterapiei. Chiar în condițiile în care filosofia de bază a terapiilor suportive – al căror reprezentant este autorul – impune stabilirea agendei fiecărei întrevederi în acord cu clientul, Misch apreciază că face parte din responsabilitățile terapeutului asigurarea dezbaterii în timp util a celor mai importante probleme cu care clientul se confruntă. Ideea care a stat la baza întocmirii listei este aceea că apariția în discursul clientului a oricăreia dintre temele pe care le cuprinde impune necesitatea gestionării imediate, întrucât scăparea lor de sub control amenință nu doar cu compromiterea șanselor de reușită ale intervenției, ci chiar cu comiterea unor acte nesăbuite de către client,

ale căror consecinţe să-i afecteze negativ sau chiar să-i pericliteze existenţa. În cazurile în care clientul reclamă că ar fi frământat de două sau mai multe dintre aceste teme, va beneficia dintre ele de prioritate cea situată pe o poziţie superioară:

1. Ameninţări la adresa integrităţii corporale a clientului sau a celorlalţi, exprimate sub forma unor ideaţii sau manifestări comportamentale legate de suicid sau omucidere.
2. Comportamente care interferează cu terapia, ca de exemplu solicitarea scăderii frecvenţei întrevederilor sau terminării terapiei, planuri legate de mutarea din zona geografică, neplata şedinţelor terapeutice, distrugerea unor bunuri din cabinetul psihoterapeutic, violarea „graniţelor" terapeutului.
3. Planuri care vizează restructurări majore ale existenţei clientului, ca de exemplu demisia precipitată de la locul de muncă sau părăsirea domiciliului în condiţiile neasigurării unei alternative de locuit.
4. Necomplianţa cu prescripţiile tratamentului, incluzând refuzul de a lua medicamente sau de a consulta un specialist ce i-a fost indicat clientului.
5. Transferul negativ.

Oricare temă propusă de către client, care nu se regăseşte pe această listă, va putea fi abordată doar după ce terapeutul s-a convins că problemele prioritare au putut fi gestionate cu succes.

Un element de maximă importanţă a procesului decizional descris de Kennard *et al.* îl constituie o cât mai bună cunoaştere a impactului – imediat şi pe termen lung – produs de diferitele intervenţii concrete ale terapeutului. În acest sens, un ghid oricând la îndemână este reprezentat de experienţa clinică a terapeutului, precum şi de acele principii generale care au fost însuşite în cadrul procesului formării ca terapeut. Totuşi, cel mai solid sprijin îl oferă studiile empirice care au vizat tocmai investigarea efectelor generate de cele mai variate forme îmbrăcate de intervenţiile terapeutului.

Într-un studiu recent, Curtis *et al.* (2004) au investigat impactul produs de diferitele comportamente, respectiv calităţi ale terapeutului, asupra a 75 de psihanalişti în cadrul analizei lor didactice. Comportamentele şi calităţile terapeutului au fost prezentate sub forma a 68 itemi de proces (prezentaţi de noi în Anexa 4), grupaţi în 5 factori: (a) *Intervenţii active, pozitive*; (b) *Relaţie suportivă, de înţelegere*;

(c) *Dezvăluire de sine şi reciprocitate*; (d) *Comportamente negative ale analistului*; (e) *Furnizare de sfaturi*. Rezultatele terapiei didactice au fost investigate prin 79 de afirmaţii care vizau defensele, emoţiile şi capacitatea de a le tolera, relaţiile cu ceilalţi şi cu propria persoană, incluzând şi câţiva itemi preluaţi din inventarul de simptome (*Symptom Check List*) elaborat de Derogatis. Prelucrarea rezultatelor a permis în primul rând identificarea acelor comportamente şi caracteristici ale terapeutului, care au fost apreciate, la modul subiectiv, de către subiecţi ca fiind cele mai valoroase, respectiv a celor considerate, de asemenea subiectiv, ca fiind cele mai puţin utile, sau chiar dăunătoare. Astfel, cele mai utile zece comportamente au fost considerate cele prezentate în tabelul 6.

Tabelul 6. *Cele mai utile zece comportamente ale terapeutului* (Curtis *et al.*, 2004)

Item	M
A fost autentic	4.59
A fost deschis faţă de ideile, trăirile şi sentimentele mele	4.40
Nu m-a criticat şi nu m-a judecat	4.25
Mi-a adresat întrebări care m-au ajutat să gândesc şi să simt într-un fel cum nu am mai făcut-o până acum	4.24
M-a acceptat	4.18
Mi-a încurajat gândurile şi sentimentele iraţionale	4.14
Mi-a arătat căldură	4.12
M-a ajutat să descopăr noi sensuri ale experienţelor mele	4.08
A fost accesibil din punct de vedere emoţional	3.85
A validat experienţele pe care le-am trăit	3.85

Notă. Evaluările au fost făcute pe o scală de 13 puncte, care a variat de la -6 (*în cea mai mare măsură vătămător*), la 6 (*în cea mai mare măsură util*).

Una dintre cele mai importante obiecţii, din punct de vedere metodologic, care s-ar fi putut aduce studiului lui Curtis *et al.*, cu importante implicaţii în ceea ce priveşte relevanţa rezultatelor, ar fi aceea că au fost investigaţi subiecţi care sunt ei înşişi psihanalişti, deci persoane a căror motivaţie de a susţine edificiul teoretic şi principiile metodologice ale psihanalizei ne putem aştepta să fie puternică. Totuşi, după cum

rezultă din tabelul 6, rezultatele nu sunt biasate în sensul aprecierii preferenţiale a intervenţiilor tipice abordării psihodinamice. Dimpotrivă, lista pare a valida mai degrabă demersurile terapeutice promovate de către orientarea centrată pe persoană decât pe cele tipic psihanalitice, singurul item de procedură împrumutat dintre tehnicile psihodinamice fiind cel formulat ca „M-a ajutat să descopăr noi sensuri ale experienţelor mele".

În ceea ce priveşte tabelul care cuprinde cele mai puţin utile zece atitudini ale analistului formator ni se pare interesant faptul că alături de comportamente ce ar putea fi catalogate ca atare chiar prin simplul recurs la simţul comun, dintre care majoritatea reprezintă de fapt manifestări de nedorit ale terapeutului, lista include şi proceduri recomandate în mod explicit de către psihanaliză (mai ales abstinenţa de la furnizarea unor informaţii cu caracter personal, dar, parţial, şi taxarea şedinţelor anulate la solicitarea clientului, respectiv împiedicarea acestuia să intre în contact – chiar telefonic – cu terapeutul în afara întâlnirilor programate).

Tabelul 7. *Cele mai puţin utile zece comportamente ale terapeutului* (Curtis *et al.*, 2004)

Item	M
S-a arătat sceptic cu privire la progresele înregistrate	0.74
A încheiat şedinţele brusc	0.75
A încasat onorariu pentru şedinţele anulate	0.77
A adormit în timpul şedinţelor	0.81
A crescut onorariul	0.81
A recurs la hipnoză	0.83
Nu mi-a răspuns atunci când i-am solicitat informaţii cu caracter personal	0.90
Nu a fost accesibil la telefon	1.22
A anulat întrevederi	1.24
Mi-a spus că nu mă poate ajuta şi să-mi caut alt terapeut	1.25

Notă. Evaluările au fost făcute pe o scală de 13 puncte, care a variat de la -6 (*în cea mai mare măsură vătămător*), la 6 (*în cea mai mare măsură util*).

Evaluarea subiectivă a utilităţii unora dintre comportamentele terapeutului nu trebuie confundată însă cu contribuţia reală a acestora la

rezultatele finale ale intervenţiei. Astfel, corelarea itemilor de procedură cu schimbările intervenite ca rezultat al terapiei, ale cărei rezultate sunt prezentate în tabelul 8, a evidenţiat o participare oarecum diferită a unor elemente ale comportamentului terapeutului, respectiv ale atitudinilor sale la eficientizarea intervenţiei.

Tabelul 8. *Comportamente ale analistului care au prezentat cele mai puternice corelaţii cu schimbarea pozitivă* (Curtis *et al.*, 2004)

Item	*r*
M-a ajutat să conştientizez experienţele pe care le evitam	0,49*
A fost deschis faţă de ideile, trăirile şi sentimentele mele	0,48*
A fost tolerant faţă de sentimentele de supărare	0,47*
A fost tolerant faţă de sentimentele de tristeţe	0,44*
A fost autentic	0,44*
M-a acceptat	0,43*
A explorat sentimentele pe care le nutream faţă de el	0,43*
Mi-a validat experienţele	0,42*
Mi-a încurajat curiozitatea	0,42*

*$p < 0{,}01$.

Putem remarca, în tabelul de mai sus, că – în deplin acord cu poziţia exprimată de psihanaliză – contribuţia terapeutului la luarea la cunoştinţă a unor experienţe evitate de către client înainte de terapie se dovedeşte a fi intervenţia concretă care corelează cel mai puternic cu schimbările pozitive înregistrate în urma terapiei, chiar dacă distanţarea de celelalte elemente considerate printre cele mai eficiente nu este semnificativă. Dintre intervenţiile promovate de psihanaliză mai apare pe această listă a comportamentelor analistului cu cea mai puternică implicare în schimbare şi *explorarea sentimentelor clientului faţă de terapeut*, în fond investigarea transferului, celelalte putând fi etichetate ca atitudini responsabile de asigurare a suportului emoţional.

Astfel, rezultatele înregistrate de Curtis *et al.* (2004) – pe care le-am prezentat mai detaliat, dar nu *in extenso* – sugerează că dezvoltarea psihologică a analizaţilor este cea mai probabilă atunci când intervenţiile pozitive, active, sunt aplicate pe fondul unei relaţii pozitive dintre terapeut şi client. Chiar dacă beneficiarii intervenţiilor au apreciat la

modul subiectiv elementele suportive ca fiind cele mai benefice, corelaţiile cu rezultatele terapiei au pus în evidenţă asocierea puternic semnificativă de acestea din urmă a unor componente cum ar fi confruntarea cu experienţele evitate, tolerarea mâniei şi tristeţii, explorarea sentimentelor nutrite faţă de analist, curiozitatea, capacitatea de a conferi noi semnificaţii, autenticitatea, acceptarea, validarea şi capacitatea de a rămâne tăcut. S-a putut constata totodată şi importanţa unor demersuri asociate în mod curent cu psihanaliza, cum ar fi : „M-a ajutat să conştientizez acele experienţe pe care le evitam". Interpretarea transferului şi interpretarea în general s-au dovedit a fi la fel de implicate în rezultatele analizei didactice precum tolerarea experienţelor şi emoţiilor reprimate sau elementele asociate în general terapiilor centrate pe persoană, ca de exemplu empatia.

O constatare importantă a fost aceea că interpretările – evidenţiate în unele studii realizate în cadrul psihoterapiilor dinamice de scurtă durată ca fiind generatoare de atitudini defensive din partea clienţilor – se dovedesc a fi utile atunci când sunt formulate pe fondul unei relaţii terapeutice suportive de lungă durată. Autorii subliniază în acest context nevoia unei dozări judicioase a raportului dintre interpretări şi confruntări, pe de o parte, şi comentarii menite să confere suport, pe de alta.

Insistând asupra necesităţii îmbinării confruntării cu suportul, Scaturo (2002) consideră că cea dintâi ar constitui un echivalent al inciziei chirurgicale, pe când cel din urmă ar putea fi considerat corespondentul anesteziei. Autorul citat pledează pentru „o psihoterapie dinamică de scurtă durată mai amabilă şi mai blândă", în acord cu cea propusă de McCullough-Vaillant (1997). Această abordare recurge la o relaţie terapeutică bazată pe abordarea pronunţat empatică a clientului şi accentuarea laturii de colaborare dintre actori. Sunt valorificate totodată, în mai mare măsură decât în formele tradiţionale ale psihoterapiilor dinamice de scurtă durată tradiţionale, valenţele suportive ale mediului terapeutic, ce se constituie într-un veritabil „anturaj de susţinere" (*holding environment*), în sensul preconizat de către Winnicott, putându-şi asuma astfel rolul vehiculului cu ajutorul căruia terapeutul moderează anxietatea trăită de către client. Ceea ce diferenţiază însă cu adevărat această abordare „mai amabilă şi mai blândă" de cea tradiţională este, înainte de toate, atitudinea manifestată faţă de rezistenţele clientului, care sunt mai degrabă *clarificate* decât *confruntate*. Diferenţa dintre cele două atitudini este ilustrată de următoarele două exemple :

Confruntare și provocare: Acum, când vă întreb despre ce anume simțiți, îmi evitați privirea și bateți cu degetele pe masă. Iar tăcerea aceasta riscă să ridice un zid între noi. Ce credeți că se va întâmpla dacă veți continua să evitați temele acestea pe parcursul discuțiilor noastre?

Clarificare și suport: Atunci când vă întreb ce anume simțiți, priviți în altă direcție decât înspre mine și vă cufundați în tăcere. Vă dați seama că asta se întâmplă? Vi se pare cumva că tema aceasta este prea dureroasă pentru a putea arunca o privire asupra ei? Credeți că aș putea face ceva pentru ca demersul nostru să devină mai suportabil?

Singurul amendament care se impune a fi adus exemplelor de mai sus este acela că cel dintâi prezintă nu atât o mostră de confruntare, cât mai degrabă una de luare la rost și avertisment, ceea ce corespunde într-adevăr uneia dintre formele barierelor de comunicare descrise de către Gordon. Iată un exemplu concret de cum reacționează într-o astfel de situație Davanloo, unul dintre cei mai convinși susținători ai tehnicii confruntării dintre reprezentanții psihoterapiilor dinamice de scurtă durată:

> De fapt suntem la obiect, întrebarea este dacă puteți fi concretă sau doar evitați temele delicate? Vedeți, suntem aici pentru a vedea care vă sunt problemele. Dar dacă spuneți o dată că le aveți, iar mai apoi că ele nu există, dacă vă apărați de investigarea lor, dacă le ocoliți, atunci nu le vom înțelege, și mai târziu nu vom putea ajunge la rădăcinile lor... Și eu sunt nevoit să revin mereu la aceeași întrebare: „De ce le evitați?". Iar asta este o întrebare foarte importantă pentru noi amândoi... (Davanloo, 1992c, p. 82).

Sperăm că acest exemplu este suficient de concludent pentru a ilustra faptul că, în esență, nici confruntarea nu reprezintă o intervenție agresivă, ci una ale cărei asperități sunt ambalate cu grijă în elemente menite să confere sentimentul suportului. Considerăm, în acest sens, că intervențiile confruntative trebuie să îmbine întotdeauna elementele confruntării, provocării, clarificării și suportului, fiind în același timp conștienți de faptul că, în condițiile în care terapeutul nu acordă suficientă atenție modului în care recurge la confruntare, riscul agresării clientului crește. Din acest punct de vedere, apreciem că insistența unor autori în a promova recursul la elementele suportului în cadrul intervențiilor informate psihodinamic este una bine venită.

Îmbinarea intervențiilor de tipul confruntării și interpretării cu cele menite să confere suport reprezintă de altfel o preocupare ce tinde să

devină caracteristică pentru practica terapiilor psihodinamice în ultima vreme. Elocventă în acest sens este și „Scala de Evaluare a Intervențiilor Psihodinamice", prezentată de către Milbrath *et al.* (1999), care include alături de interpretarea defenselor, respectiv a transferului, și o serie de șapte intervenții suportive (vezi Anexa 3).

Relația psihoterapiilor dinamice de scurtă durată cu tehnicile suportive a reprezentat, de altfel, vreme îndelungată un aspect controversat, intervențiile limitate în timp fiind asimilate tratamentelor suportive și opuse astfel celor dinamice. Acum, când o serie de terapii de scurtă durată și-au dobândit statutul psihodinamic, asocierea cu diferitele tehnici și metode suportive îmbracă noi forme. Astfel, autori precum Rockland (1989), Rosenthal *et al.* (1999), Misch (2000) concep intervenții pe care le etichetează drept „terapii suportive dinamice de scurtă durată", în timp ce alții, tributari unei tradiții inițiate încă de către Miller (1969), caută să demonstreze valențele suportive ale unor manopere terapeutice tradiționale ale psihanalizei, cum ar fi de exemplu interpretarea. Un exemplu notabil în acest sens îl constituie modelul de psihoterapie suportivă-expresivă elaborat de Luborsky, care vizează în mod explicit facilitarea înțelegerii de către client a patternurilor interpersonale maladaptive, denumite „teme relaționare conflictuale de nucleu" (*Core-Conflictual Relationship Themes* – pe scurt CCRT), și asistarea acestuia în eforturile dezvoltării unor răspunsuri interpersonale adaptate eficient, în cadrul unei relații terapeutice suportive.

Novalis *et al.* (1993) sunt de părere că psihoterapia suportivă poate fi concepută ca o matrice terapeutică cuprinzătoare, în care pot fi integrate tehnici de intervenție specifice, ce provin din numeroase alte orientări (după Misch, 2000). Această remarcă păcătuiește prin faptul că omite să precizeze în ce anume constă specificul acestor intervenții, care le particularizează ca „suportive", dar are meritul de a atrage atenția asupra faptului că nu avem de a face cu o categorie aparte de instrumente terapeutice, ci cu o calitate pe care o posedă tehnici și metode utilizate în cadrul unor abordări foarte diferite, indiferent că în cadrul acestora servesc la modul direct obiectivul oferirii unui sprijin cu efect facilitator sau că această funcție este doar asociată unui alt rol în care respectivele intervenții sunt distribuite în cadrul strategiei terapeutice.

Terapiile suportive de scurtă durată sunt definite, pe de altă parte, de către Rosenthal *et al.* (1999) ca fiind un tratament diadic bazat pe

conversaţie, al cărui obiectiv fundamental îl reprezintă menţinerea sau chiar întărirea stimei de sine, a abilităţilor adaptive sau a funcţionării psihologice a clientului, prin intermediul unor tehnici directe. Tehnicile suportive la modul direct ar fi, în accepţiunea autorilor, aprecierea pozitivă fundamentată pe date concrete, sfătuirea, asigurarea adecvată şi ghidajul anticipativ. Ocazional se recurge şi la elemente cum ar fi clarificarea, confruntarea sau, mai rar, chiar interpretarea, cu amendamentul că aceasta din urmă nu trebuie în mod necesar să vizeze conştientizarea unor conţinuturi inconştiente sau să-şi propună desluşirea întregii reţele de legături ale impulsurilor şi afectelor cu relaţiile interpersonale semnificative ale copilăriei timpurii. În principiu, rezistenţele pot fi confruntate, dar acest lucru se face doar în cazurile în care îmbracă forme ce generează dezadaptare masivă sau în situaţiile în care reprezintă o ameninţare la adresa cadrului terapeutic. Terapeutul angrenat în terapiile suportive intervine în discuţia terapeutică mai frecvent decât colegii de orientare psihodinamică, eforturile sale fiind îndreptate în direcţia fortificării alianţei terapeutice prin reflectări empatice acurate şi prin replici care vizează validarea sentimentelor exprimate de către client. Dezvoltarea nevrozei de transfer este evitată în mod deliberat. În general, se consideră că schimbările terapeutice apar ca rezultat al unor eforturi mobilizate atât de către terapeut, cât şi de către client, în cadrul unei relaţii de colaborare susţinută. Aceste eforturi vizează descoperirea nu atât a cauzelor care ar fi responsabile pentru menţinerea comportamentelor sau trăirilor neadaptate, cât mai ales a aspectelor ce pot fi modificate în sensul dorit. Cunoaşterea de sine este urmărită doar în măsura în care aceasta susţine realizarea obiectivelor clientului şi ale terapiei. Din perspectiva terapiilor suportive, Rosenthal *et al.* (1999) conceptualizează schimbarea ca fiind o consecinţă a eforturilor colective ale clientului şi terapeutului, ce vizează înţelegerea patternurilor interpersonale şi de altă natură, pentru a identifica *ceea ce trebuie modificat*, şi nu pentru a descoperi o explicaţie pentru existenţa comportamentului şi sentimentelor ce se doresc a fi schimbate. Se poate remarca din scurta prezentare de mai sus a psihoterapiilor suportive (de fapt a modelului promovat de programul de cercetare a psihoterapiei scurte elaborat în cadrul Centrului Medical Beth Israel din New York) că multe dintre trimiterile făcute de către autori la psihoterapiile dinamice se adresează în fapt celor tradiţionale sau de lungă durată (în special psihanalizei). În

ceea ce priveşte tehnicile dinamice de scurtă durată, acestea ar prezenta – cel puţin în cazul unora dintre comparaţii – mai multe similitudini cu psihoterapiile ce acţionează prin intermediul elementelor facilitative, decât cu psihanaliza. Astfel, intervenţiile terapeuţilor care practică metodele dinamice de scurtă durată sunt mult mai numeroase şi mai directive, aceştia punând de asemenea un accent deosebit pe întărirea alianţei terapeutice prin comunicarea acceptării şi prin verbalizarea empatică. Geneza nevrozei de transfer nu este încurajată nici în terapia dinamică de scurtă durată, deşi transferul şi interpretarea acestuia sunt considerate ingrediente de primă importanţă. Dar cea mai importantă diferenţă – cel puţin prin prisma descrierii de mai sus – trebuie căutată în ponderea deţinută de confruntare şi de interpretare în cadrul acestor din urmă terapii, precum şi în importanţa acordată inconştientului şi legăturilor timpurii în cadrul interpretării.

Am susţinut pe parcursul acestei lucrări ideea că, din punctul de vedere al delimitării unei forme de terapie, mai utile decât descrierile şi definiţiile generale sunt acele studii care identifică intervenţiile specifice practicate de către practicienii metodei în cauză. Astfel, putem cita cercetarea efectuată de către Trijsburg *et al.* (2002), care au trecut în revistă 38 de studii dedicate intervenţiilor psihoterapeutice şi au identificat în total 76 de forme diferite ale acestora, şapte dintre ele putând fi încadrate în grupul intervenţiilor „facilitatoare" (o categorie sinonimă cu cea a tehnicilor suportive) : empatia, acceptarea, independenţa, implicarea, căldura, raportul şi colaborarea. Mai mult chiar, studiile autorilor au demonstrat faptul că, spre deosebire de alte „manopere" psihoterapeutice, tehnicile în cauză nu diferenţiază între diferitele forme de psihoterapie, putând fi considerate elemente comune multor abordări.

Pe de altă parte, Luborsky a întocmit următoarea listă a tehnicilor suportive utilizate în diferitele forme de psihoterapie : 1. demonstrarea suportului, acceptării şi afecţiunii adresate de către terapeut clientului ; 2. accentuarea cooperării dintre client şi terapeut în vederea realizării obiectivelor terapeutice ; 3. comunicarea speranţelor investite de terapeut în obţinerea rezultatelor dorite ; 4. respectul manifestat faţă de atitudinile defensive ale clientului ; 5. concentrarea asupra resurselor şi abilităţilor clientului, respectiv recunoaşterea progreselor înregistrate de client în eforturile de dezvoltare a capacităţilor sale de a obţine – cu sprijinul terapeutului – schimbarea dorită (*apud* Barber *et al.*, 2001).

Tehnicile suportive pot fi mobilizate în fazele iniţiale ale tratamentului pentru a asigura crearea acelui climat de încredere şi acceptare, în care clientul să se simtă în siguranţă şi suficient de stabil, pentru a îndrăzni să abordeze aspecte delicate, penibile sau chiar considerate ameninţătoare ale problemelor cu care se confruntă. Pe de altă parte, se poate reveni la uzul intervenţiilor ce vizează asigurarea suportului ori de câte ori clientul sau alianţa terapeutică se confruntă cu momente de criză. În sfârşit, o a treia variantă este reprezentată de recursul la elementele care conferă sentimentul suportului pe toată durata tratamentului, cu scopul întăririi repetate a alianţei terapeutice (Barber *et al.*, 2001). O combinaţie deosebit de eficientă, în acest sens, este reprezentată de îmbinarea intervenţiilor de tipul confruntării, respectiv interpretării cu cele care îl asigură pe client de suportul terapeutului. După cum remarcă şi Jones (2001), înţelegerea (*insight*-ul) şi relaţia terapeutică prezintă roluri complementare, având în vedere faptul că o veritabilă cunoaştere a persoanei clientului se poate dezvolta doar în contextul unei relaţii în care terapeutul încearcă să înţeleagă psihicul celui dintâi prin intermediul interacţiunii dintre ei. Aceasta este şi varianta pentru care optează Davanloo, care literalmente „ambalează" presiunea pe care o exercită la modul continuu asupra clientului în veritabile „mănuşi" ale unor intervenţii a căror calitate suportivă este dincolo de orice dubiu. Din punct de vedere tehnic, acest lucru este realizat prin alternarea „pedalării" pe eforturile comune depuse în vederea soluţionării problemelor clientului, cu adresarea unor întrebări foarte precise care zădărnicesc tentativele clientului de a se eschiva de la abordarea unor aspecte ale problemelor şi conflictelor sale, care sunt impregnate de anxietate intensă. Iată un exemplu în acest sens, extras dintr-o discuţie terapeutică:

T: Şi cum v-aţi simţit atunci când au uitat să vă invite la banchet?
C: Vă puteţi închipui...
T: Îmi pot închipui că...?
C: Păi, nu mi-a căzut chiar bine...
T: Deci nu v-a căzut chiar bine... Totuşi, vedeţi, este necesar să putem vedea mai exact cum vă simţiţi în astfel de situaţii... Să facem cumva în aşa fel încât să vă puteţi formula mai exact sentimentele, chiar şi pe cele negative. Că ceva nu v-a căzut bine, asta este o exprimare mai degrabă imprecisă. Ce aţi simţit, mai concret...?
C: M-am gândit că nu sunt foarte *important* pentru ei...

T: V-aţi gândit, spuneţi, că nu sunteţi foarte *important*... Foarte bine spuneţi, acesta este un gând, nu un sentiment. Atunci când ne gândim la ceva, mai ales la un lucru *important*, ataşăm acestui gând un sentiment şi este *important* să ştim care este acest sentiment... Acum pentru noi este foarte *important* să ştim ce aţi simţit atunci când v-aţi gândit că nu sunteţi *important* pentru colegi, pentru că cineva care trebuia să trimită invitaţiile a părut că v-a uitat...

C: (tăcere prelungită, ochii i se umezesc de lacrimi)...

T: Ştiu că este foarte dureros să vă gândiţi acum la lucrurile acestea şi îmi este teamă că veţi gândi în sinea dvs. că sunt rău că insist. Dar vedeţi, este *important* să ştim cât se poate de exact ce aţi simţit...

C: Ştiu că nu sunteţi rău... Dar nu vreau să vă obosesc cu sensibilităţile astea bolnăvicioase ale mele...

T: Vedeţi, tocmai asta este, dacă am lăsa lucrurile astea nespuse acum, asta ar fi ca şi cum am întări ideea că nu este *important* ceea ce simţiţi, cel puţin că nu este atât de *important*, încât să ne asumăm disconfortul care rezultă din forţarea notei... Deci, ce aţi simţit atunci, când v-aţi gândit, că nu sunteţi *important* pentru colegi... ? Este *important* să ştim...

În exemplul de mai sus un ajutor substanţial în contul intervenţiei suportive soseşte din partea conceptualizării conflictului relatat de client în termenii „lipsei de importanţă", ceea ce îi permite terapeutului să potenţeze comunicarea suportului său prin sublinierea importanţei clientului în relaţia terapeutică, precum şi a informaţiei solicitate în economia intervenţiei terapeutice.

O altă tactică tipică a îmbinării elementelor suportive cu cele confruntative este aceea la care se recurge în momentul în care terapeutul urmăreşte luarea la cunoştinţă de către client a unor emoţii apreciate de către acesta ca fiind neadecvate sau chiar inacceptabile. În aceste situaţii terapeutul se transformă într-un veritabil avocat al sentimentelor greu digerabile trăite de către client, subliniind acele caracteristici ale contextului în care acestea s-au manifestat şi căutând astfel să le recadreze ca reacţii perfect justificate în condiţiile date. Insistenţa asupra acelor elemente ale situaţiei conflictuale, care pot fi considerate responsabile pentru trăirile negative ale persoanei, asigură totodată evocarea tensiunii emoţionale necesare pentru luarea la cunoştinţă a acestor trăiri. Iată un alt exemplu pentru ilustrarea acestei tactici :

T: Mi-aţi relatat că tatăl dvs. a fost un om dur...

C: De fapt cred că am fost *nedrept* cu el... Practic lui îi datorez totul, el s-a spetit muncind ca să trăim cât de cât decent şi să ajungem ceva, atât eu, cât şi sora mea...

T: Înţeleg că apreciaţi eforturile pe care tata le-a făcut pentru familie. Şi asta vă face să vă gândiţi că dacă vedeţi şi duritatea dânsului, atunci îl *nedreptăţiţi*...

C: A fost întotdeauna un om foarte *corect*... Toată lumea vedea asta la el... Şi dacă uneori ne mai pedepsea, asta era doar ca să ajungem cu adevărat ceva... Cred că a fost un perfecţionist şi că a vrut să ne insufle şi nouă perfecţionismul său...

T: Se cuvine deci să fim şi noi corecţi faţă de dânsul şi să nu îl nedreptăţim... Tot aşa, cum este foarte important să fim foarte corecţi şi faţă de dvs. şi să vedem ce impact a avut perfecţionismul dânsului asupra dvs....

C: Am învăţat şi noi asta de la el, să facem întotdeauna totul cât mai bine... Am dat cândva un extemporal la mate, cred că printr-a cincea, şi am copiat greşit exerciţiul de pe tablă... Am luat parcă opt, că mai erau şi alte exerciţii, dar până atunci luasem doar zece şi m-a bătut foarte rău... şi vreo săptămână nu am avut voie să merg nicăieri... Dar după aceea am învăţat să fiu atent... Chiar şi azi, dacă trebuie să scriu ceva, simt cum mi se strânge stomacul să nu greşesc... Dar nu greşesc, vedeţi, aşa funcţionează lucrurile astea...

(Acesta este un moment în care terapeutul s-ar putea simţi tentat să se angajeze în interpretarea unei legături de tipul C-P, demonstrând conexiunea unor simptome trăite în prezent cu întâmplări din copilărie. Considerăm însă că acest demers ar păcătui prin renunţarea la o temă cu încărcătură emoţională evidentă şi cu repercusiuni majore practic asupra întregii existenţe a persoanei – cea a relaţiei cu un tată dur, de tipul „părintelui punitiv" şi a asocierii acesteia cu dificultăţile de raportare întâmpinate de client în cadrul relaţiilor actuale – în favoarea uneia care conectează un episod singular din copilărie de confruntarea ocazională cu senzaţii de disconfort şi a cărei dezbatere s-ar limita inevitabil la o analiză mai degrabă raţională, prea puţin utilă demersului terapeutic.)

T: Da, hai să vedem cum funcţionează lucrurile astea, pentru a avea o imagine cu adevărat *corectă*... Deci sunteţi elev în clasa a cincea, asta înseamnă că aveţi vreo 10-11 ani...

C: Da, cam aşa ceva...

T: Aşa, şi daţi extemporal la mate... Am înţeles că de regulă aveaţi notă mare la mate...

C: Am avut numai zece până atunci... Şi după aceea, multă vreme...

T: Exact, aşa am înţeles şi eu... Şi, ca să fim *corecţi* şi în continuare, aveaţi note aşa de mari, pentru că tatăl dvs. era un perfecţionist şi trebuia să luaţi întotdeauna note foarte mari...

C: A, nu, asta era şi ambiţia mea...

T: Înţeleg, deci la 10-11 ani aveaţi ambiţia să luaţi note mari... Sau poate chiar de dinainte, că întotdeauna până atunci aţi avut note mari...

C: Da, am fost întotdeauna ambiţios...

T: Şi pot să înţeleg că v-aţi şi bucurat atunci când aţi luat note mari?
C: Da, asta a fost marea mea bucurie când eram copil... Vedeţi, alţi copii se bucurau pentru o jucărie, sau că dădeau gol când jucau fotbal, eu mă bucuram când luam zece... Eu cu sportul nu prea le aveam...
T: Da, văd că atunci când aţi încasat acea primă notă de opt, aţi ratat în primul rând dvs. o şansă de a vă bucura... Ca să fim *corecţi* cu dvs., trebuie să recunoaştem că atunci aţi pierdut şi dvs. ceva... sau poate, în primul rând *dvs.* aţi pierdut ceva...
C: Da, şi mi s-a făcut o ruşine, că-mi venea să intru în pământ...
T: Credeţi că dacă aţi fi scris *corect* exerciţiul l-aţi fi putut rezolva *corect*?
C: Da, bineînţeles, exerciţii din astea rezolvam şi dacă mă trezeai din somn...
T: Deci ceea ce vi s-a întâmplat era oarecum *nedrept*... Sigur, aţi greşit scriind exerciţiul de pe tablă, poate aţi fost neatent, poate v-a cuprins febra bucuriei că puteţi lua un nou zece şi atenţia v-a jucat o festă... Dar din punctul de vedere al pregătirii la matematică a fost ceva *nedrept*... Cred că aveaţi toate motivele să fiţi necăjit, mâhnit, ca să nu mai punem la socoteală ruşinea...
C: Da, aşa a fost, am simţit ceva din toate astea...
T: Deci eraţi un copil de 10-11 ani care se întoarce acasă necăjit, mâhnit, ruşinat, ca şi când v-aţi fi lovit sau v-aţi fi pierdut o jucărie dragă... şi care, întorcându-se acasă, încasează o bătaie zdravănă şi colac peste pupăză, mai este şi pedepsit...
P: (lungă tăcere care trădează o intensificare a anxietăţii clientului, acesta intuind că discuţia se îndreaptă către o zonă delicată şi nemaifiind sigur că poate controla situaţia)...
T: Ca să fim *corecţi* cu acel copil mâhnit, necăjit, acoperit de ruşine, care a fost *nedreptăţit* de ceea ce i s-a întâmplat la şcoală cred că putem recunoaşte că ar merita o consolare din partea cuiva apropiat, a părinţilor de exemplu... Cred că putem recunoaşte că ar fi oarecum *nedrept* faţă de el să i se nege acest lucru, ceea ce ar fi doar o altă *nedreptate* care se adaugă celei de care a avut deja parte... Şi asta încă nici nu e tot, pentru că mai primeşte şi o pedeapsă, care dacă vrem să fim *corecţi*, este tot o formă de *nedreptate* în situaţia dată... Cu atât mai mult, că vine din partea unui tată care este întotdeauna *corect*...
C: Dar tata nu vroia decât să mă ajute să nu se mai repete...
T: Da, aşa este, ca să fim *corecţi* faţă de dânsul trebuie să recunoaştem că aşa este... Dar ca să fim *corecţi* şi faţă de dânsul, şi faţă de copilul acela necăjit, trebuie să recunoaştem că este totodată *nedrept*... Pentru că acel copil necăjit de 10-11 ani are nevoie înainte de toate de o mângâiere... Pe care nu o primeşte... Şi ca să fim *corecţi* faţă de el, trebuie să recunoaştem că în acel moment se poate simţi *nedreptăţit*...
C: (tăcere lungă, vizibil tensionată)...

T: Ce poate simţi acel copil...? (pauză prelungită) Chiar, ce aţi simţit atunci...? Vedeţi, au trecut atâţia ani de atunci şi acum puteţi avea o perspectivă diferită asupra lucrurilor, puteţi şti că de atunci nu vi s-a mai întâmplat să greşiţi... Vă puteţi gândi chiar că asta se datorează pedepsei pe care aţi încasat-o atunci... Dar, pentru a fi *drepţi* şi *corecţi*, trebuie să ştim şi ce a simţit atunci acel copil nedreptăţit şi necăjit... Ce aţi simţit *atunci*...?

Am decupat un fragment mai lung dintr-o discuţie terapeutică pentru a ilustra faptul că această îmbinare a elementelor de suport cu cele prin care se exercită presiune asupra rezistenţelor este un proces laborios, în cadrul căruia terapeutul caută să câştige teren milimetru cu milimetru. Revenirile, recursul la cuvinte-cheie introduse de client pentru a descrie situaţii sau persoane importante (în exemplul de mai sus „nedrept" şi „corect") sunt de maximă importanţă în pregătirea confruntării cu trăirile a căror simplă evocare este în măsură să genereze anxietate. Pripeala în aceste momente delicate ale terapiei şi neglijarea principiului urmăririi continue a reacţiilor clientului nu pot decât să compromită eforturile exploratorii.

Este important de înţeles că această alternare a intervenţiilor suportive cu cele care exercită o presiune continuă asupra clientului nu este în măsură să prevină dezvoltarea sentimentelor transferenţiale negative care îmbracă de regulă formele frustrării, supărării sau ale ostilităţii – ceea ce oricum nu ar fi de dorit –, dar poate diminua într-o măsură semnificativă senzaţia de agresare produsă de insistenţa menită să străpungă rezistenţele. Pe de altă parte, prezenţa elementelor de suport în cadrul intervenţiilor terapeutului se poate constitui într-un element important al confruntării clientului cu caracterul transferenţial al reacţiilor sale de ostilitate, contribuind la demonstrarea faptului că perceperea atitudinii terapeutului ca fiind agresivă nu este justificată de întâmplările din „aici şi acum", ci influenţată de experienţele clientului acumulate în cadrul unor relaţii cu persoane semnificative.

Misch (2000) descrie nu mai puţin de 16 tehnici utilizate în cadrul terapiilor psihodinamice suportive. Unele dintre intervenţiile ce se regăsesc pe această listă (de exemplu, *conceptualizarea problemei clientului* sau *interpretarea transferului*) au fost descrise şi de noi sau sunt tratate în cadrul secţiunii dedicate alianţei terapeutice (*asumarea rolului de „părinte bun", respectiv promovarea şi protejarea alianţei terapeutice*).

Altele, fie definesc atitudini fundamentale ce caracterizează psihoterapiile de scurtă durată (*focalizarea asupra întâmplărilor din „aici şi acum"*), fie definesc mai degrabă rezultate ale unor intervenţii concrete din cadrul terapiei (ca de exemplu, *diminuarea alexitimiei*, *stabilirea conexiunilor*, *ameliorarea deznădejdii* etc.). Acest lucru este de altfel recunoscut implicit chiar de către autor, care notează în legătură cu *creşterea stimei de sine* – inclusă pe această listă – că nici o intervenţie nu poate fi mai convingătoare în acest sens decât demonstrarea cu adevărat palpabilă a faptului că persoana este cu adevărat competentă şi că dispune de acele resurse care îi sunt necesare pentru a-şi putea gestiona problemele la modul satisfăcător. Pe de altă parte considerăm că următoarele tehnici descrise de către Misch pot fi concepute ca nişte forme de intervenţie în adevăratul sens al cuvântului, ele fiind în măsură să-şi aducă contribuţia la succesul psihoterapiilor dinamice de scurtă durată, chiar dacă nu fac parte din arsenalul „manoperelor" specifice ale acestor metode.

- *„Împrumutarea" structurii psihice* – derivă din concepţia psihanalitică referitoare la funcţionarea terapeutului ca „ego auxiliar", care postulează posibilitatea utilizării de către client a capacităţilor psihice ale terapeutului presupuse a fi eficiente în vederea ordonării propriilor gânduri şi a redresării modului deficient în care funcţionează. Printre elementele oferite „cu titlu de împrumut" putem identifica itemi ca testarea realităţii sau funcţiile implicate în analiza şi rezolvarea problemelor, în controlul impulsurilor, sau cele care sunt grupate mai recent sub numele generic de „inteligenţă emoţională". „Luarea cu împrumut" subliniază faptul că structurile terapeutului sunt preluate doar temporar, în mod normal clientul profitând de posibilitatea utilizării modelului oferit de terapeut pe o perioadă limitată doar pentru a-şi putea elabora propriile structuri.
- *Maximizarea mecanismelor* coping *adaptive* – se referă la una dintre cele mai importante componente educaţionale a psihoterapiilor suportive, care vizează nemijlocit dezvoltarea resurselor menite să asigure adaptarea cât mai eficientă la variate circumstanţe ale vieţii de zi cu zi a clientului. Constituie aspectul poate cel mai neglijat de către terapiile de orientare psihodinamică, dar totodată unul căruia abordarea suportivă îi conferă o importanţă aparte.
- *Furnizarea unui model de rol pentru identificare* – apare ca un corolar al împrumutării structurii psihice. În măsura în care terapeutul apare

inevitabil ca un posibil model pentru identificare, este foarte important ca acesta să nu apară ca unul perfect, imposibil de atins pentru clientul care oricum se percepe undeva în zona celuilalt capăt al spectrului. Din acest punct de vedere, dintr-o perspectivă mai apropiată de cea psihodinamică putem reţine importanţa modului în care terapeutul gestionează propriile sale reacţii contratransferenţiale sau greşeli de ordin tehnic (de exemplu, interpretări ce nu câştigă adeziunea clientului). Astfel, clientul beneficiază atât de şansa de a „umaniza" sau demitiza figura terapeutului, cât şi de a-l vedea pe acesta acţionând cu scopul remedierii unor situaţii pe care nu a fost în stare să le rezolve atât de eficient cum şi-ar fi dorit.

Ideea unor factori sau procese generale care ar fi utilizate de către variate şcoli de psihoterapie, putând furniza o explicaţie pentru problema echivalenţei rezultatelor, a fost formulată pentru prima dată de către Rosenzweig (1936/2002), dar s-a impus cu adevărat doar începând cu anii '50, ca rezultat al cercetărilor publicate de către Frank (pentru recapitulare vezi Frank, 1985). Mai recent, ea a fost susţinută de către Kleinke (1994), Garfield (1997 ; 2000) sau Tracey *et al.* (2003) sau Jørgensen (2004). Preocupările canalizate în direcţia identificării acestor factori comuni, presupuşi a se regăsi în majoritatea (dacă nu chiar în toate) formele de psihoterapie, sunt motivate de speranţa că aceştia ar prezenta valenţe terapeutice ce ar putea explica eficienţa oarecum egală a multora dintre intervenţiile terapeutice, ce nu poate fi dedusă doar din efectul intervenţiilor specifice fiecăreia dintre aceste abordări. Chiar dacă recent descrierea factorilor curativi comuni a fost supusă unei critici consistente de către Lampropoulos (2000), care reclamă că nu se cunoaşte cu exactitate natura acestor factori, că nu toţi dintre cei propuşi sunt într-adevăr atât de general răspândiţi precum se susţine, respectiv că tratarea de către unii autori a sintagmelor „factori comuni" sau „factori terapeutici" ca sinonime ar fi abuzivă, însuşi autorul citat recunoaşte relevanţa temei pentru cercetarea şi practica psihoterapiei, formulând sugestii ce vizează sporirea eficienţei cercetărilor în domeniu.

Propunându-şi realizarea unei sinteze a patru modele contemporane ale psihoterapiilor integrative de scurtă durată (psihoterapia restructuratoare de scurtă durată, sistemul de analiză cognitiv-comportamentală a psihoterapiei, psihoterapia dinamică limitată în timp şi terapia ce

integrează sisteme cibernetice, fenomenologie existenţială şi abordări narative orientate spre soluţii), Fosha (2004) introduce noţiunea de „factori comuni dialectici" ai acestor terapii, pe care îi defineşte ca fiind acei factori relevanţi din punctul de vedere al psihoterapiei, care implică doi poli aflaţi într-o aparentă opoziţie.

Alăturarea acestor poli contribuie la o mai profundă înţelegere a implicării lor în procesul terapeutic decât conceptualizarea lor separată, aparenta lor contradicţie dizolvându-se în realizarea faptului că, la un nivel mai profund, poziţiile lor, care pot crea falsa impresie a unei excluderi reciproce, sunt în realitate complementare. Astfel, ideea de factori comuni dialectici surprinde însăşi esenţa psihoterapiei integrative, ea reprezentând integrarea la nivelul atitudinii terapeutului faţă de client şi de materialul clinic. Autoarea identifică următorii factori comuni ai psihoterapiei integrative de scurtă durată:

a) Empatie *vs.* autenticitate.
b) Validare şi acceptare *vs.* înfruntare şi provocare a patternurilor maladaptive.
c) Suport *vs.* confruntare.
d) Clientul ştie cel mai bine *vs.* terapeutul este expertul.
e) Experienţă emoţională corectivă *vs.* procese tranzacţionale ciclice.
f) Concentrare asupra excepţiei de la regulă *vs.* focalizare asupra patternului maladaptiv.
g) Concentrare asupra sănătăţii şi resurselor clientului *vs.* focalizare asupra patologiei şi a tulburărilor prezentate de către client.
h) Concentrare asupra viitorului (respectiv asupra obiectivelor şi năzuinţelor clientului) *vs.* focalizare asupra trecutului (respectiv asupra motivelor datorită cărora clientul este aşa cum este).

Recunoscând că diferiţi terapeuţi pot recurge la o abordare eclectică din raţiuni foarte diferite, Garfield (1997) lansează totuşi ipoteza că majoritatea lor au optat pentru o astfel de atitudine pentru că le oferă o flexibilitate superioară şi o gamă mai largă de proceduri ce pot fi utilizate, astfel încât să poată adapta intervenţia la nevoile şi particularităţile clientului, fără a-i pretinde acestuia să se adapteze el la caracteristicile unei anume metode.

Apreciem ca pertinentă poziţia exprimată de către Jørgensen (2004), după care o anumită înclinaţie spre eclectism poate fi considerată o

virtute, atunci când se pune problema ajustării tratamentului după problemele şi nevoile specifice ale clientului. În acest sens, autoarea insistă asupra importanţei interiorizării de către practician a elementelor centrale din ceea ce s-ar putea considera o veritabilă cultură terapeutică, în condiţiile în care ingrediente de maximă importanţă, cum sunt de exemplu judecata clinică corectă, empatia, inteligenţa socială, competenţa de relaţionare, capacitatea de a gestiona conflictele interpersonale într-o manieră sensibilă şi capabilă să asigure dezvoltarea, precum şi capacitatea de a articula, organiza şi legitima experienţele subiective ale clientului pot fi dezvoltate doar în mică măsură în cadrul unui program de formare tehnică.

După cum arată şi Goldfried (2004), pe baza trecerii în revistă a unor lucrări de ultimă oră, integrarea psihoterapiilor scurte şi a psihoterapiilor în general converge în modul cel mai natural cu putinţă, în cadrul ambelor tradiţii focusul fiind plasat pe circumscrierea mecanismelor-cheie ale schimbării. Acest proces se desfăşoară în cadrul psihoterapiilor de scurtă durată, întrucât terapeuţii sunt nevoiţi să activeze în zilele noastre în condiţiile constrângerii de timp, şi în cadrul psihoterapiilor în general, având în vedere interesul manifestat faţă de descoperirea principiilor comune ale schimbării şi reţinerea în vederea utilizării a ceea ce se dovedeşte eficient în cadrul diverselor abordări.

Dintre scalele prezentate de noi în anexe, „Categorii ale vorbirii pacientului" (Anexa 1) permite terapeutului investigarea verbalizărilor clientului, în timp ce „Scala tehnicilor interpretative şi suportive" (Anexa 2), respectiv „Scala de Evaluare a Intervenţiilor Psihodinamice" (Anexa 3) sunt destinate evaluării intervenţiilor terapeutului.

5.6. Alianţa terapeutică

Alianţa terapeutică (*working alliance*) poate fi definită cel mai concis ca reprezentând componenta conştientă şi realistă a relaţiei dinte client şi terapeut (Hafkenscheid, 2003). Termenul original – cel folosit în limba engleză – face de altfel implicit trimitere la caracterul „lucrativ" al alianţei, la structurarea acesteia în jurul unei activităţi concrete, orientate către un anumit scop. Astfel, pentru Kaslow (2002) este esenţial din punctul de vedere al alianţei terapeutice ca persoana (clientul)

să aibă sentimentul că se face ceva împreună cu ea şi că i se face ceva. Pe de altă parte, termenul *working* sugerează şi faptul că alianţa se referă la componenta funcţională a relaţiei, la ceea ce merge în cadrul ei, având în vedere că la consolidarea ei participă acea „parte" a clientului care din start doreşte realizarea obiectivelor terapeutice şi se opune rezistenţelor inconştiente. În altă ordine de idei, Agnew-Davies *et al.* (1998) avertizează că, prin conotaţia militară, termenul *alianţă* – înţeles ca o coaliţie îndreptată împotriva unui inamic – poate induce în eroare în condiţiile în care psihoterapia ar implica mai degrabă acceptarea şi asimilarea unor experienţe problematice, şi nu distrugerea acestora. Piper şi Ogrodniczuk (1999) identifică, la rândul lor, esenţa alianţei terapeutice în încrederea, optimismul şi disponibilitatea implicării în travaliul terapeutic al clientului.

Concepţia panteoretică asupra alianţei terapeutice a fost propusă iniţial de către Bordin, care vedea în acest concept elementul care ar putea fundamenta o teorie generală a psihoterapiei. Bordin a subliniat ancorarea alianţei terapeutice într-un „aici şi acum" conştient, recunoscând că în fazele timpurii ale terapiei relaţia ar putea fi în mai mare măsură influenţată de legăturile din trecut şi de cele rămase nerezolvate. Definiţia sa se brodează pe trei componente interconectate : *legăturile* (*bonds*) se referă la ataşamentul, simpatia, încrederea trăite în cadrul relaţiei interpersonale ; *sarcinile* (*tasks*) includ înţelegerile sau consensul dintre terapeut şi client, referitoare la ce anume trebuie făcut şi la cum anume îşi aduc aportul acţiunile terapeutice la rezolvarea problemelor clientului ; iar *obiectivele* (*goals*) sunt conturate ca rezultat al acordului părţilor asupra expectaţiilor imediate şi de perspectivă mai îndepărtată legate de rezultatele intervenţiei (*apud* Horvath, 2000). Ulterior, Gaston (1990, *apud* Crits-Christoph *et al.*, 2003) a adăugat o a patra dimensiune, cea a *înţelegerii şi implicării empatice* a terapeutului. Luborsky (2000) identifică şapte manifestări caracteristice ale alianţei terapeutice : (a) clientul este convins că terapia îl ajută ; (b) clientul simte că s-a schimbat de când a început terapia sau este considerat ameliorat ; (c) clientul simte că a stabilit o relaţie cu terapeutul, că este înţeles şi acceptat ; (d) clientul este optimist şi încrezător că terapeutul şi tratamentul îl vor ajuta ; (e) clientul percepe terapia ca pe o formă de colaborare cu terapeutul la care ambii îşi aduc contribuţia, ca membri ai unei echipe ; (f) clientul împărtăşeşte cu terapeutul concepţii asemănătoare

cu privire la etiologia problemelor sale ; şi (g) clientul demonstrează calităţi asemănătoare cu cele ale terapeutului, în special în ceea ce priveşte posesia instrumentelor care permit înţelegerea. Primele patru dintre aceste semne ale alianţei alcătuiesc aşa-numitul „Tip 1", ce se referă în esenţă la convingerea clientului că este ajutat, următoarele trei intrând în componenţa „Tipului 2", care vizează sentimentul colaborării, al luptei cot la cot pentru rezolvarea problemelor.

Recapitulând o serie de studii care au identificat acele variabile legate de client ce pot influenţa favorabil dezvoltarea alianţei terapeutice, Crits-Christoph *et al.* (2003) nominalizează următoarele : capacitatea clientului de a se angrena în relaţii interpersonale pozitive, stabilitatea conceptului de sine, diferenţierea superioară a propriei persoane de ceilalţi, expectaţiile pozitive legate de terapie şi motivaţia pentru tratament, în timp ce stilurile interpersonale negative s-au dovedit a fi asociate cu dezvoltarea unor relaţii terapeutice relativ slabe. Este important de notat şi faptul că alianţa terapeutică este percepută diferit de către actorii psihoterapiei. Astfel, în timp ce terapeuţii pun un mai mare accent în aprecierea calităţii alianţei pe acele şedinţe terapeutice care au o desfăşurare mai lină, clienţii sunt tentaţi mai degrabă să aprecieze prin prisma întrevederilor ce ating cote superioare de profunzime. În aceeaşi ordine de idei, viziunea terapeuţilor asupra alianţei ia în consideraţie contribuţia ambilor participanţi, spre deosebire de cea a clienţilor, bazată aproape în exclusivitate pe aportul terapeutului (Baumann *et al.*, 2001).

Misch (2000) descrie, din perspectiva terapiilor dinamice-suportive, următoarele tehnici care pot contribui la dezvoltarea unei alianţe terapeutice eficiente :

- *Asumarea rolului de „părinte bun"*. Terapeutul suportiv monitorizează neîncetat dezvoltarea clientului, aplecându-se asupra resurselor şi slăbiciunilor acestuia, respectiv asupra modului în care acestea influenţează confruntarea clientului cu contextul în care se află şi cu sursele de stres. În funcţie de situaţia concretă, terapeutul încurajează, impulsionează, felicită sau elogiază clientul, dar la nevoie îl confruntă pe acesta cu caracterul autodistructiv al unora dintre comportamentele sale. Elementul definitoriu al calităţii de „bun părinte" rămâne însă acela că terapeutul susţine clientul în realizarea obiectivelor pe care el însuşi şi le propune şi nu caută să-i impună

propriile planuri sau viziuni asupra viitorului. Practic clientul este ajutat să se dezvolte într-o persoană matură, eficientă, satisfăcută de propria existenţă şi capabilă să exercite control asupra acesteia. Terapeutul funcţionează deci ca un bun *self-object*, care îi asigură clientului experienţele necesare dezvoltării acelor funcţii psihice, deficitare în momentul începerii terapiei.

- *Promovarea şi protejarea alianţei terapeutice*. Reprezintă primul obiectiv vizat de către terapeut, dar şi unul căruia trebuie să-i acorde o atenţie susţinută pe toată durata intervenţiei, cu atât mai mult cu cât eşuarea în realizarea acestuia ar atrage foarte probabil după sine eşecul terapiei înseşi. Acest lucru este cu atât mai important cu cât mulţi dintre clienţii care solicită tratament prin psihoterapie, prezintă foarte puţină încredere interpersonală, expectaţii nerealiste sau, dimpotrivă, cât se poate de sceptice, toleranţă scăzută la frustraţie şi faţă de tot ce ar putea interpreta ca manifestări ale lipsei respectului din partea interlocutorului. Ceea ce se aşteaptă din partea terapeutului este să îşi trateze clientul cu respectul cuvenit oricărei fiinţe umane şi să se raporteze la el ca la o persoană confruntată cu dificultăţi asemănătoare – cel puţin până la un anumit nivel – cu cele întâmpinate de către majoritatea celorlalţi. În acord cu principiul acceptării pozitive necondiţionate, formulat de Rogers, această atitudine de respect nu implică şi aprobarea implicită a oricărei manifestări comportamentale. „Regula de aur" ar fi în acest sens să tratăm clientul aşa cum am dori noi înşine să fim trataţi într-o situaţie similară. Pe de altă parte, terapeutul va căuta să se alieze cu acele „părţi" ale clientului, care sunt păstrate „sănătoase" chiar în condiţiile prezentării unor tulburări emoţionale sau comportamentale importante.

Apreciem ca utile următoarele principii generale, formulate de către Sublette şi Novick (2004), în legătură cu atitudinea terapeutică ce poate facilita dezvoltarea alianţei terapeutice, pentru uzul psihanaliştilor începători, dar în egală măsură aplicabile şi de către practicienii psihoterapiilor dinamice de scurtă durată:

- Petreceţi majoritatea timpului ascultând şi observând. Şansele de a păstra o relaţie puternică cu clientul vor creşte dacă vă veţi dedica celor relatate de către client. Dimpotrivă, dacă în timp ce sunteţi cu

clientul veţi răspunde la telefon sau veţi lua notiţe, acest lucru ar putea perturba sentimentul legăturii dintre dvs. şi clienţi. Căutaţi să urmăriţi cu atenţie procesul terapiei: contextul v-ar putea oferi tot atâtea informaţii precum conţinutul celor relatate de către client. Observaţi, de exemplu, semnalele pe care clientul le emite în direcţia dvs. prin limbajul trupului.

- Nu puteţi da o mână de ajutor clientului decât dacă puteţi fi empatic(ă) faţă de el/ea. Încercaţi să înţelegeţi de ce anume simte nevoia să se poarte într-un anumit fel. Veţi putea descoperi astfel, că această atitudine de evitare a judecării clientului va permite dezvoltarea alianţei terapeutice dintre client şi dvs.
- Clarificaţi tot ceea ce vi se pare vag, neobişnuit sau lipsit de claritate.
- Confruntaţi clientul cu acele comportamente care sunt nocive.
- Nu interpretaţi comportamentele clientului decât după ce acestea s-au manifestat în repetate rânduri. Din acest punct de vedere, domeniile de intervenţie esenţiale (cele mai relevante) sunt acele comportamente care ameninţă în orice fel integritatea terapiei (de exemplu, întârzierile clientului).
- Fiţi pregătit(ă) pentru a revizui toate comentariile dvs., în funcţie de răspunsul clientului. Întărirea alianţei terapeutice depinde într-o mare măsură de capacitatea pe care o aveţi de a învăţa cum să descrieţi experienţele clientului într-un limbaj cât mai confortabil pentru el (cât mai apropiat de cel pe care el însuşi îl foloseşte).
- Fiţi pregătit(ă) să comiteţi greşeli. Luaţi la cunoştinţă impactul pe care acestea le au asupra clientului: oferiţi-i astfel un model de onestitate în contextul unui eveniment interpersonal. Astfel, scuzaţi-vă dacă este cazul, aşteptaţi-vă din partea lui/ei să aibă sentimente faţă de cele întâmplate şi fiţi disponibil(ă) să îl/o ascultaţi.

Davanloo subliniază că alianţa terapeutică inconştientă constituie veritabilul factor curativ, activat în client de intervenţia terapeutică (Augsburger, 2000b). Această poziţie este împărtăşită de numeroşi practicieni ai metodelor dinamice de scurtă durată, ceea ce nu înseamnă însă că susţinerea empirică a implicării alianţei terapeutice în asigurarea reuşitei terapiei nu ar fi la fel de importantă.

Supunând metaanalizei 79 de studii care au vizat relaţia dintre alianţa terapeutică şi rezultatele tratamentului, Martin *et al.* (2000) au calculat

o medie a corelaţiilor puse în evidenţă de 0,22, în condiţiile în care testul de omogenitate nu a putut releva eterogenitate semnificativă în jurul acestei valori centrale. Având în vedere faptul că cca jumătate dintre studii vizau intervenţii psihodinamice, se poate formula concluzia că, şi în cazul acestor intervenţii, alianţa terapeutică exercită o influenţă ce poate merge până la starea moderată. Inspectând aceste rezultate, Crits-Christoph *et al.* (2003) susţin că pentru a avea o idee clară asupra impactului produs de alianţa terapeutică asupra rezultatelor terapiei trebuie să avem în vedere şi dinamica alianţei terapeutice pe parcursul tratamentului, respectiv calitatea relaţiilor interpersonale ale clienţilor în momentul iniţierii terapiei. În acest sens autorii citează studiul lui Patton *et al.* (1997), care au constatat că intervenţiile încununate de succes s-au asociat cu o curbă caracteristică a alianţei, care a înregistrat scoruri pozitive la începutul terapiei, urmate de un declin al acestora în faza de mijloc a terapiei şi, în sfârşit, de o revenire în jurul valorii iniţiale cu puţin timp înainte de încheierea terapiei. Aceste rezultate par a susţine acel pattern al alianţei terapeutice intuit de multă vreme de către reprezentanţii psihanalizei în particular şi de către cei ai psihoterapiei în general. Astfel, conform ipotezei susţinute de către Gelso-Carter (1994, *apud* de Roten *et al.*, 2004) ar putea fi identificate în cadrul terapiei scurte trei etape distincte ale dezvoltării alianţei terapeutice. În cadrul celei dintâi perioade („luna de miere"), aprecierea superioară iniţială a relaţiei terapeutice ar fi o expresie a capitalului de speranţă şi optimism cu care este investit terapeutul de către client şi care îl determină pe acesta din urmă să apeleze la serviciile psihoterapiei. În faza mediană (de intervenţie „activă") a terapiei, când îşi fac locul intervenţiile care vizează exercitarea presiunii şi străpungerea rezistenţelor, clientul poate reacţiona frustrat şi îşi poate simţi zdruncinată încrederea în terapeut, chiar ca o consecinţă a activării patternurilor de relaţionare negativă în cadrul transferului. În sfârşit, revenirea clientului la „sentimente mai bune" nutrite faţă de terapeut în partea finală a tratamentului, pare a fi un rezultat nemijlocit al interpretării transferului respectiv al experienţelor emoţionale corective ce permit descoperirea terapeutului ca „obiect nou" şi astfel perceperea mai realistă a acestuia. Pe de altă parte, Patton *et al.* remarcă faptul, susţinut şi de rezultatele lui Piper *et al.* (1995), că asocierea dintre fortificarea alianţei terapeutice şi diminuarea simptomelor prezentate de către client poate fi pusă în

evidenţă doar în cazul clienţilor ale căror relaţii cu obiectul sunt precare. Putem emite în legătură cu această constatare ipoteza că, în cazul clienţilor cu relaţii interpersonale nesatisfăcătoare, alianţa terapeutică dobândeşte o importanţă deosebită, ea reprezentând pentru persoana luată în tratament poate unica legătură din viaţa ei care se ridică la nivelul aşteptărilor, pe când acei clienţi care au asigurat suportul unor relaţii de calitate mulţumitoare sunt în căutarea altor ingrediente pe care psihoterapia le poate oferi şi astfel se lasă în mai mică măsură „impresionaţi" de evoluţia favorabilă a alianţei terapeutice, care oricum este în acord cu experienţele lor legate de dezvoltarea relaţiilor sociale. Ne mai permitem în acest cadru un ultim comentariu în legătură cu rezultatele lui Martin *et al.* (2000), pentru a arăta că doar pe baza corelaţiei între alianţa terapeutică şi rezultatele tratamentului este foarte greu să se emită concluzii cu adevărat corecte referitoare la relaţia dintre cele două variabile, iar studiile metaanalitice păcătuiesc tocmai prin faptul că, sintetizând un volum mare de cercetări, sunt nevoite să renunţe la prezentarea unor detalii, fără de care ceea ce are relevanţă statistică ar putea fi mai degrabă derutant atunci când se caută traducerea rezultatelor la nivelul fenomenelor studiate. Astfel, fără a şti dacă scorurile prin care a fost apreciată calitatea alianţelor terapeutice variau într-adevăr între cele care taxează relaţii proaste cu terapeutul şi cele descriptive pentru alianţe de nivel superior, sau dacă oscilau doar pe banda relaţiilor bune, este greu de apreciat dacă acele corelaţii relativ mici înseamnă că s-a identificat un număr suficient de mare de intervenţii care au înregistrat succese notabile în ciuda relaţiei precare dintre client şi terapeut, sau dacă e vorba mai degrabă de faptul că, în condiţiile în care majoritatea terapeuţilor reuşeau relaţii satisfăcătoare cu clienţii, diferenţele de nuanţe – pur cantitative, rămânând însă practic în cadrul aceleiaşi calităţi, sau eventual a unor calităţi învecinate – cu care acestea erau descrise de către clienţi nu reuşeau să prognosticheze deosebirile înregistrate la nivelul rezultatelor terapiei. A doua variantă ar fi – de altfel – în acord atât cu teoriile, cât şi cu practica clinică ce atestă faptul că, în condiţiile în care majoritatea terapeuţilor cu experienţă pot fi consideraţi experţi în construirea alianţei terapeutice (lucru susţinut şi de către Lawson şi Brossart, 2003), aceasta nu poate în sine garanta succesul unei intervenţii, dar creează acel cadru necesar pentru aceasta. Poziţia este împărtăşită de altfel şi de către Gaston *et al.* (1998). Pe de

altă parte, este demnă de menţionat şi cercetarea efectuată recent de Kivlighsa şi Shaughnessy (2000), care au pus în evidenţă o mărime a efectului alianţei terapeutice de 0,55, ceea ce sugerează o relaţie cu mult mai puternică cu rezultatele terapiei decât cea documentată prin studiile anterioare.

5.7. Rezultatele psihoterapiilor dinamice de scurtă durată

Una dintre tendinţele cele mai puternic manifeste ce s-au impus în ultimul deceniu în cadrul universului psihoterapiilor este formularea din ce în ce mai răspicată a pretenţiei ca aceste forme de tratament – asemenea celor din medicină – să-şi dovedească eficienţa. Această solicitare, formulată iniţial de către agenţiile de asigurări sociale care finanţează parţial acordarea de servicii în domeniul ocrotirii sănătăţii mentale, dar şi de către beneficiarii propriu-zişi ai tratamentelor psihologice, a fost aproape instantaneu însuşită şi de către asociaţiile profesionale, care, asemenea Diviziunii pentru psihologie clinică din cadrul Asociaţiei Psihologilor Americani, au instituit măsuri concrete pentru validarea unor metode fundamentate ştiinţific şi susţinute empiric. Chiar dacă principiile şi modalităţile de validare propuse până la ora actuală constituie obiectul unei intense dezbateri, apreciem ca perfect justificată atât solicitarea care vizează demonstrarea eficienţei metodelor propuse clienţilor în vederea rezolvării problemelor cu care aceştia se confruntă, cât şi pe cea referitoare la clarificarea raportului dintre costuri şi eficienţă.

Este regretabil din acest punct de vedere faptul că atât psihanaliza, cât şi terapiile psihodinamice continuă să fie privite de către mulţi ca forme de intervenţie care utilizează concepte ce nu au beneficiat de validare ştiinţifică şi recurg la intervenţii a căror eficienţă fie nu a fost demonstrată, fie a fost chiar infirmată. Vinovaţi pentru această situaţie sunt pe de o parte acei reprezentanţi – de altfel de bună credinţă ai acestor metode – care au manifestat reticenţă faţă de încercările de validare a instrumentarului conceptual şi tehnic. Pe de altă parte, nu este mai puţin adevărat nici faptul că această atitudine faţă de terapiile psihodinamice se alimentează din neluarea la cunoştinţă a unui important

volum de cercetări efectuate în ultima vreme de către autori ai unor lucrări ce se adresează unui număr de cititori net superior celor care au acces la revistele de (strictă) specialitate în care sunt publicate rezultatele acestor investigaţii. Un exemplu elocvent în acest sens este reprezentat de către Trull şi Phares (2004), autori ai unui voluminos manual de psihologie clinică recomandat în multe universităţi americane. Deşi ultima ediţie în limba engleză a manualului este publicată în chiar primul an al mileniului trei, autorii invocă în legătură cu studiile referitoare la eficienţa psihoterapiilor dinamice de scurtă durată două lucrări vechi de 10 ani. Unul dintre cele două studii (Swartberg şi Stiles, 2001), deşi constată că aceste intervenţii obţin rezultate superioare faţă de progresele înregistrate de clienţii cuprinşi pe liste de aşteptare, găsesc că psihoterapiile dinamice de scurtă durată ar fi inferioare altor forme de terapie scurtă, mai ales în comparaţie cu cele de orientare cognitiv-comportamentală. Celălalt studiu metaanalitic (Crits-Christoph, 1992) demonstrează, în schimb, că varianta scurtă a terapiilor dinamice nu numai că face dovada unei eficienţe superioare lipsei tratamentului, dar nu este cu nimic inferioară celorlalte forme de tratament. Chiar făcând abstracţie de faptul că autorii manualului nu iau în consideraţie rezultate mai recente, concluzia la care ajung este de-a dreptul lipsită de consecvenţă: „Două metaanalize *de dată mai recentă*, care au examinat eficienţa psihoterapiei dinamice de scurtă durată au condus la rezultate contradictorii, având în vedere faptul că una dintre ele (Crits-Christoph, 1992) susţine eficienţa psihoterapiei dinamice de scurtă durată, în timp ce a doua (Swartberg şi Stiles, 2001), nu. Pe baza acestor rezultate, precum şi a altora asemănătoare, putem formula concluzia tentativă că eficienţa terapiei dinamice de scurtă durată este oarecum susţinută de materialele avute la dispoziţie" (Trull şi Phares, 2004, p. 454). Luxaţia logică este evidentă: de fapt ambele studii susţin eficienţa terapiei dinamice de scurtă durată, cu diferenţa că cel semnat de Swartberg şi Stiles o găseşte inferioară în comparaţie cu alte forme de terapie, opinie de altfel contestată – după cum vom arăta în cele ce urmează – de o serie de cercetări de dată mai recentă. Din păcate însă, aceste opinii continuă să fie răspândite pe scară largă, inclusiv în lucrări publicate la noi, creând impresia că unul sau două studii aflate în posesia autorului ar putea fi reprezentative pentru stadiul cercetărilor dintr-un domeniu.

În aceste condiţii considerăm că este important să trecem în revistă câteva rezultate de dată recentă, pentru a obţine o imagine adecvată asupra datelor empirice de care dispunem la ora actuală pentru a ilustra eficienţa psihoterapiilor dinamice de scurtă durată.

Pe lista intervenţiilor psihologice suportate empiric, publicată de către Chambless şi Ollendick (2001) psihoterapiile dinamice de scurtă durată înregistrează trei incidenţe, contribuţia lor la tratarea vârstnicilor fiind apreciată ca specifică şi demonstrată depresiilor, în timp ce aportul adus la tratamentul clienţilor dependenţi de opiace şi a celor cu depresie majoră fiind considerat „probabil eficient". Asta înseamnă că studii empirice care să satisfacă exigenţele comisiei din cadrul APA pentru validarea empirică a intervenţiilor psihologice şi care să ateste eficienţa psihoterapiilor dinamice de scurtă durată au fost produse deocamdată doar pentru aceste trei domenii de aplicaţii. Totuşi, putem remarca faptul că aceste trei categorii de tulburări sunt printre cele mai dificil de abordat prin intervenţii psihoterapeutice, ceea ce îndreptăţeşte speranţa că sunt şanse considerabile pentru a demonstra eficienţa terapiilor scurte informate psihodinamic şi în cazul altor forme îmbrăcate de problemele psihice, cu condiţia ca studiile îndreptate în această direcţie să manifeste o grijă susţinută faţă de rigorile metodologice.

Anderson şi Lambert (1995) au supus metaanalizei 26 de studii care vizau eficienţa psihoterapiilor dinamice de scurtă durată, publicate între anii 1975-1993. Criteriile de includere au fost următoarele:

1. Cel puţin una dintre intervenţiile utilizate a fost etichetată de către autori ca psihodinamică sau psihanalitică.
2. Rezultatele înregistrate cu metoda psihodinamică au fost comparate cu cele obţinute la un grup de persoane nesupuse vreunei terapii sau un grup care a beneficiat de tratament minim ori un grup tratat printr-o altă formă de terapie.
3. Durata tratamentelor luate în studiu nu a depăşit 40 de zile.
4. Subiecţii luaţi în studiu nu au prezentat tulburări psihotice şi au fost trataţi ambulatoriu.
5. Au fost calculate dimensiunile medii ale efectului terapeutic (*average effect size*, pe scurt ES).

Rezultatele metaanalizei au demonstrat o dimensiune moderată a efectului în comparaţie cu lipsa tratamentului (d = 0,71), un ES mic în

raportarea la tratamentele minime (d = 0,34) şi absenţa unor diferenţe în ceea ce priveşte efectele atribuibile tratamentului atunci când rezultatele au fost comparate cu alte forme de psihoterapie. Autorii consideră că aceste rezultate sunt suficient de concludente pentru a susţine eficienţa psihoterapiilor dinamice de scurtă durată, comparabilă cu cea înregistrată prin celelalte modalităţi terapeutice. Mai mult chiar, se arată că excluzând din calcul clienţii cu tulburări psihosomatice, ES-ul obţinut prin raportare la absenţa tratamentului urcă la valoarea 0,85, atingând deci exact cota obţinută de către Smith *et al.* (1980) pentru psihoterapii în general. În sfârşit, Anderson şi Lambert arată, că rezultatele sunt chiar mai bune dacă sunt excluşi studenţii medicinişti, utilizaţi în unele studii pe post de subiecţi şi se au în vedere doar clienţii propriu-zişi (tipici), dacă intervenţiile sunt practicate de către terapeuţi cu experienţă, formaţi pentru psihoterapia dinamică de scurtă durată, şi dacă intervenţiile sunt ghidate de manuale terapeutice.

Duncan şi Piper (1997) au pus în evidenţă eficienţa psihoterapiilor dinamice de scurtă durată în tratarea clienţilor afectaţi de depresie. Efectele pozitive ale tratamentului au putut fi documentate cu precădere în cazul acelor intervenţii în cadrul cărora tehnica punea accentul pe interpretarea naturii relaţiei clientului cu terapeutul, contribuind în final la modificări ce implicau unele aspecte ale eului. Pe de altă parte, într-o metaanaliză a 60 de comparaţii între eficienţa psihoterapiilor dinamice de scurtă durată, respectiv a terapiilor cognitiv-comportamentale în tratamentul depresiei, Leichsenring (2001) constată că 58 dintre acestea au eşuat în a demonstra diferenţe semnificative între aceste forme ale intervenţiei. Mai mult chiar, terapiile studiate nu s-au dovedit a fi diferite nici în privinţa clienţilor apreciaţi ca remişi sau amelioraţi. Studiile analizate sugerează că în cazul majorităţii clienţilor cele 16-20 de şedinţe de terapie sunt insuficiente pentru a înregistra remisii de durată.

Mai mulţi autori au investigat eficienţa psihoterapiilor dinamice de scurtă durată în tratamentul persoanelor care suferă de anxietate. Astfel, Busch *et al.* (1999), respectiv Milrod *et al.* (2001) au demonstrat efectele pozitive ale acestor forme de intervenţie asupra persoanelor afectate de tulburări de panică, iar Ierodiakonou şi Ierodiakonou-Benou (1997) au constatat eficienţa lor în tratarea adolescenţilor care prezintă obsesii. În aceeaşi ordine de idei putem cita şi studiul lui McCullough (1998)

care pune în evidență utilitatea recursului la psihoterapiile dinamice de scurtă durată în asistența acordată clienților cu fobii de afect (*affect phobias*), făcându-l pe autor să aprecieze că aceste metode ar reprezenta o veritabilă formă a tehnicilor de desensibilizare.

În studiul efectuat de Junkert-Tress *et al.* (2001), psihoterapia dinamică de scurtă durată s-a dovedit a fi foarte eficientă în cazul persoanelor cu tulburări somatoforme, aducătoare de profit semnificativ pentru cei cu tulburări nevrotice şi doar de ameliorare modestă în beneficiul clienților afectați de tulburări de personalitate. În dezacord cu o parte dintre aceste rezultate, Winston *et al.* (1994, *apud* Barber şi Foltz, 1999) au demonstrat superioritatea a două forme de psihoterapii dinamice de scurtă durată, în comparație cu modificările înregistrate de potențiali clienți cuprinşi pe liste de aşteptare, iar Magnavita şi Carlson (2003) au înregistrat rezultate care susțin eficiența psihoterapiei restructuratoare de scurtă durată – o formă de psihoterapie dinamică de scurtă durată integrativă şi accelerată – în tratarea unor persoane care suferă de tulburări de personalitate.

Abbas (2002) a studiat eficiența psihoterapiilor dinamice de scurtă durată în tratamentul unei populații cu probleme cronice de sănătate mentală şi rezistente la tratamentele anterioare, complicate de şomaj şi folosirea medicației. Autorul a putut constata că în urma intervenției atât starea mentală a clienților, cât şi funcționarea lor interpersonală s-au ameliorat semnificativ, simptomele (măsurate cu patru scale utilizate pe scară largă) scăzând de la un nivel patologic înregistrat înainte de începerea tratamentului la unul situat între limitele normale, pus în evidență după terminarea terapiei. Rezultatele au putut fi evidențiate şi sub forma scăderii substanțiale a costurilor implicate de asistența medicală a acestor persoane. Astfel, în perioada primelor 12 luni ce au urmat terminării terapiei, totalul costurilor legate de prescrierea şi administrarea medicației, de asigurarea pentru dizabilitate, respectiv serviciile spitaliceşti şi medicale a scăzut (pentru cei 89 de clienți cuprinşi în studiu) cu peste 4.000.000 de dolari.

Un aspect interesant legat de rezultatele intervențiilor dinamice de scurtă durată este cel semnalat de către Hilsenroth *et al.* (2001), care au constatat faptul că evoluția clienților psihoterapiilor dinamice de scurtă durată, evaluată cu BDI (Scala de depresie Beck) după numai trei săptămâni de tratament prognostica cu o acuratețe de 80% rezultatele

finale ale terapiei. În aceeaşi ordine de ideii, Crits-Christoph *et al.* (2001) demonstrează că ameliorarea timpurie a clienţilor incluşi în aceste forme de terapie poate figura ca indice predictiv al stării de remisie a clientului după 16 săptămâni de tratament. Autorii au pus în evidenţă acelaşi fenomen şi în cazul terapiilor cognitive „manualizate".

Oferta psihoterapiilor dinamice de scurtă durată poate conţine pentru mulţi potenţiali beneficiari ai acestor forme de terapie - dar chiar şi pentru numeroşi clinicieni - promisiunea unei „vindecări" de tipul „niciodată nu voi mai avea nevoie de vreo terapie". Acest „mit al terminării" este întărit în plus de afirmaţii de tipul „psihoterapiile de scurtă durată nu sunt cu nimic inferioare celor lungi". Pe de altă parte, realitatea pare a infirma iluzia vindecării definitive, un procentaj important dintre clienţii oricărei forme de tratament - psihoterapeutic sau medicamentos, psihodinamic sau cognitiv-comportamental, limitat în timp sau deschis - revenind după mai puţin de un an pentru a solicita o nouă intervenţie aceluiaşi terapeut, sau apelând la serviciile altui specialist. După unii autori, acest procentaj s-ar situa în jurul valorilor de 50-60%. Căutând o explicaţie pentru acest fenomen, Budman (1990) emite două ipoteze plauzibile. Prima dintre ele presupune că, indiferent ce li s-ar spune la terminarea terapiei de către terapeut, clienţii realizează că pot oricând solicita în caz de nevoie suplimentarea terapiei. Această atitudine ar explica şi uşurinţa - oarecum în contradicţie cu expectaţiile inspirate de teorie ale terapeutului - cu care unii clienţi iau la cunoştinţă faptul că terapia s-a încheiat. A doua ipoteză se referă la faptul că una dintre cele mai la îndemână strategii de *coping* pe care clientul o însuşeşte în cadrul terapiei este aceea de a apela la serviciile terapiei ori de câte ori se confruntă cu dificultăţi care par a-l depăşi. Acest lucru este cu atât mai plauzibil, cu cât în urma demolării barierelor - chiar prin contactul cu terapeutul - care despărţeau clientul de serviciile de tipul asistenţei psihologice, sentimentul confortului în legătură cu solicitarea terapiei creşte simţitor. Putem invoca în sprijinul acestei ipoteze şi uşurinţa cu care foştii clienţi relatează persoanelor din propriul anturaj experienţele terapeutice prin care au trecut sau recomandă aceste servicii, invocând beneficiile pe care ei înşişi le-au obţinut. Mander (2003) expune o viziune inedită asupra fenomenului terapiilor seriale, concepând psihoterapia ca pe o serie de intervenţii reparatorii, dispuse de-a lungul urcuşurilor şi coborâşurilor vieţii, la care se face apel ori de câte

ori persoana se află în imposibilitatea de a gestiona problemele cu care se confruntă. În cadrul acestui proces, considerat firesc de autoare, mediul social care furnizează după nevoi serviciile psihoterapeutice, psihologice, psihiatrice, medicale etc. se structurează ca unul facilitator, având menirea de a asigura depăşirea fără traumatizări inutile a perioadelor dificile întâmpinate de către persoană. Scenariile individuale pot fi şi ele extrem de variate, incluzând varianta unei serii de terapii de scurtă durată, trecerea de la o terapie limitată în timp la una de lungă durată sau solicitarea unei intervenţii scurte de către o persoană tratată anterior printr-un tratament de câţiva ani. În această concepţie, trecerea de la un terapeut la altul este la fel de acceptabilă, precum trecerea de la o formă de terapie la alta. Este de la sine înţeles că se speră ca modificările succesive produse de-a lungul acestui drum să conducă în final la întărirea în aşa măsură a funcţiilor egoului clientului, încât acesta să devină capabil să înfrunte realitatea bazându-se doar pe forţe proprii. Neatingerea pentru moment a acestui obiectiv final sau un nou recurs la terapie nu se interpretează ca eşecul clientului ori al eforturilor terapeutice. De fapt, această atitudine faţă de „tratamentele seriale" seamănă în mare măsură cu cea întâlnită în medicină, unde este de la sine înţeles că un pacient tratat de o anumită boală poate recidiva în timp sau se poate îmbolnăvi de o cu totul altă maladie, succesul tratamentelor fiind raportat la episoadele de boală din care cel afectat se poate remite total sau parţial.

Putem considera la ora actuală că eficienţa terapiilor scurte de inspiraţie psihodinamică poate fi susţinută cu suficiente date empirice, asemenea valorii egale a acestor forme de intervenţie cu alte tratamente. Problema eficienţei psihoterapiilor dinamice de scurtă durată lasă însă deocamdată multe întrebări deschise, situaţie ce nu diferă cu nimic de cea care poate fi constatată în cazul oricărei forme de psihoterapie la ora actuală. Ar fi de dorit să ştim mult mai multe despre mecanismele şi factorii care acţionează în cadrul acestor terapii şi despre alegerea momentului oportun, respectiv a tehnicilor cele mai eficiente pentru implicarea acestora. Putem spera ca cercetările viitoare să clarifice în mai mare măsură criteriile pe baza cărora unii clienţi ar putea fi orientaţi spre diferite forme ale terapiilor dinamice sau spre alte forme de terapie, în vederea beneficierii în mod real de tratamentul cel mai eficient cu putinţă. Până când însă aceste întrebări, asemenea altora la fel de

importante, îşi vor găsi răspunsul, considerăm că psihoterapiile dinamice de scurtă durată pot fi utilizate în tratamentul persoanelor afectate de variate probleme de natură psihologică şi tulburări emoţionale, ca metode ce beneficiază de un suport empiric satisfăcător şi se pot dovedi la fel de eficiente ca alte tratamente.

Rezultatele psihoterapiilor dinamice de scurtă durată – asemenea celor înregistrate de celelalte forme de terapie – pot fi conceptualizate ca învăţarea unor *abilităţi adaptive* (Badgio *et al.*, 1999), ce cuprind în egală măsură achiziţia progresivă şi integrarea unor aptitudini metacognitive şi extinderea repertoriului de mecanisme adaptive. Abordarea psihometrică a acestor elemente, mai ales în condiţiile în care se pretinde compatibilitatea instrumentelor de evaluare folosite cu concepte de orientarea psihodinamică, este o problemă delicată. De aceea, dorind să venim în întâmpinarea celor care au nevoie de astfel de instrumente, prezentăm două seturi de scale. Primul, propus de către Blatt şi Auerbach (2003) cuprinde patru scale pentru evaluarea intervenţiilor dinamice de scurtă durată: „Scala diferenţierii-relaţionării reprezentărilor despre eu şi obiect"; „Scala nivelului conceptual al descrierii propriei persoane şi a reprezentărilor asupra obiectelor"; „Scala celor 12 conţinuturi tematice pentru descrierea persoanelor semnificative" şi „Scala pentru evaluarea funcţionării reflexive" (Anexa 7). Un al doilea set este cel alcătuit de Hoglend *et al.* (2000) şi cuprinde următoarele cinci scale: „Calitatea relaţiilor de prietenie/familiale"; „Relaţiile romantice/sexuale/intime/ amoroase"; „Acceptarea emoţiilor"; „Înţelegerea (*Insight*-ul)"; şi „Rezolvarea de probleme şi capacitatea de adaptare" (Anexa 8).

Bibliografie

Abbas, A. (2002), „Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office : clinical and cost effectiveness", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 56, Issue 2. pp. 225-232.

Abramson, L.Y. ; Seligman, M. ; Teasdale, J.D. (1978), „Learn of Helplessness in Humans : Critic and Reformulation", *Journal of Abnormal Psychology*, 87, pp. 49-74.

Adler, H.M. (1997), „Toward a multimodel communication theory of psychotherapy : The vicarious coprocessing of experience", *American Journal of Psychotherapy*, 51, pp. 54-66.

Agnew-Davies, R. ; Stiles, W.B. ; Hardy, G.E. *et al.* (1998), „Alliance structure assessed by the Agnew relationship measure (ARM)", *The British Journal of Clinical Psychology*, vol. 37, iss. 2, pp. 155-172.

Alexander, F. (1967), *Psychoanalysis and Learning Theory*, in B.G. Berenson ; R.R. Carkhuff (eds.), *Sources of Gain in Counseling and Psychotherapy. Readings and Commentary*, Holt, Rinehart and Winston, Inc., New York (Titlul original al articolului „The dynamics of psychotherapy in the light of learning theory", *American Journal of Psychiatry*, 1963, 201, pp. 440-448).

Anchin, J.C. (2003), „Integratively Oriented Brief Psychotherapy : Historical Perspective and Contemporary Approaches", *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 13, no. 3/4, pp. 219-240.

Anderson, E.M. ; Lambert, M.J. (1995), „Short-Term Dynamically Oriented Psychotherapy : A Review and Meta-Analysis", *Clinical Psychology Review*, vol. 15. no. 6. pp. 503-514.

Anderson, M.A. (2003), „A Case Study of Occupationally Focused Brief Dynamic Therapy Using Mann's Model of Central Conflict", *Clinical Case Studies*, vol. 2, no. 1, pp. 91-103.

Andrews, G. ; Crino, R. ; Hunt, C. ; Lampe, L. ; Page, A. (1994), *The treatment of Anxiety Disorders*, Cambridge University Press, New York.

Andrusyna, T.P. ; Tang, T.Z. ; DeRubeis, R.J. ; Luborsky, L. (2001), „The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* ; 10, 3, pp. 173-178.

Augsburger, T. (2000a), „Process of Working Through in Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy", *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 14, pp. 3-18.

Augsburger, T. (2000b), „Davanloo's Technique of Mobilization of the Unconscious", *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 14, pp. 75-91.

Badgio, P.C. ; Halperin, G.S. ; Barber, J.P. (1999), „Acquisition of adaptive skills. Psychotherapeutic change in cognitive and dynamic therapies", *Clinical Psychology Review*, vol. 19, issue 6, pp. 721-737.

Baker, R. (1990), „Transference – An Overview". Paper presented at Eastern-European Conference on Psychoanalysis, Belgrad.

Baker, R. (1993), „The patient's discovery of the psychoanalyst as a new object", *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 74, part 6, pp. 1223-1233.

Bálint, M. (1994), *Az őstörés*, Akadémiai Kiadó, Budapest.

Bálint, M. ; Ornstein, P.H. ; Bálint, E. (1981), „Fokális pszichoterápia : egy példa a pszichoanalízis alkalmazására", in B. Buda (szerk.), *Pszichoterápia*, Gondolat, Budapest.

Bandura, A. (1977), „Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change", *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.

Baranger, M, (1993), „The mind of the analyst : from listening to interpretation", *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 74, part 1, pp. 15-24.

Barber, J.P. ; Foltz, C. (1999), „Issues in research on short-term dynamic psychotherapy", *Clinical Psychology Review*, vol. 19, iss. 6, pp. 659-667.

Barber, J.P. ; Stratt, R. ; Halperin, G. ; Connolly, M.B. (2001), „Supportive techniques : Are they found in different therapies ?", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol.10, iss. 3 ; pp.165-172.

Barber, T.X. ; Silver, M.J. (1972), „Fact, Fiction and the Experimenter--Bias Effect", in A.G. Miller, *The Social Psychology of Psychological research*, Free Press, New York.

Barclay, C.R. (1995), „Autobiographical remembering : Narrative constraints on objectified selves", in D.C. Rubin (ed.), *Remembering our past.*

Studies in autobiographical memory, Cambridge University Press, Cambridge.

Barret-Kruse, C. (1994), „Brief counselling : a user's guide for traditionally trained counsellors", *International Journal for the Advencement of Counselling*, 17, pp. 109-115.

Baumann, B. ; Hilenroth, M.J. ; Ackerman, S.J. *et al.* (2001), „The Capacity for Dynamic Process Scales : An Examination of Reliability, Validity, and Relation to Therapeutic Alliance", *Psychotherapy Research*, 11 (3), pp. 275-294.

Beck, A.T. ; Rush, A.J. ; Shaw, B.F. ; Emery, G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York.

Beck, A.T. ; Weishaar, M. (1995), „Cognitive therapy", in Corsini, R.J. ; Wedding, D., *Current psychotherapies*, Peacock, Itasca, Illinois.

Beck, A.T. ; Rush, A.J. ; Shaw, B.F. ; Emery, G. (2001), *A depresszió kognitív terápiája*, Animula, Budapest.

Bedell, J.R. ; Lennox, S.S. (1997), *Handbook for Communication and Problem-Solving Skills Training. A Cognitive-Behavioral Approach*, John Wiley & Sons, New York.

Beeber, A.R. (1999b), „The Perpetrator of the Unconscious in Davanloo's New Metapsychology", Part II : „Comparison of the Perpetrator to Classic Psychoanalytic", *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 13, pp. 158-176.

Bell, D. (2003), *Zenisme. Să râdem pe calea către iluminare*, Ed. Mix, Braşov.

Bergner, R.M. (1998), „Characteristics of Optimal Clinical Case Formulations", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 52, iss. 3. pp. 287-300.

Bernstein, A. (2001), „The classical parameters of psychoanalytic technique : A review", *Modern Psychoanalysis*, vol. 26, iss. 2 ; pp. 125-181.

Blagys ; M.D. ; Hilsenroth, M.J. (2000), „Distinctive features of short--term psychodynamic-interpersonal psychotherapy : A Review of the Comparative Literature", *Clinical Psychology : Science and Practice*, Summer 2000, 7, 2, pp. 167-187.

Blascovich, J. ; Mendes, W.B. (2001), „A kihívás és a fenyegetés kiértékelése : Az érzelmi jelzőingerek szerepe", in J.P. Forgas (szerk.) : *Érzelem és gondolkodás. Az érzelem szociálpszichológiája*, Kairosz Kiadó, Budapest.

Blatt, S. ; Auerbach, J.S. (2000), „Psychoanalytic Models of the Mind and their Contributions to Personality Research", *European Journal of Personality* 14, pp. 429-447.

Blatt, S.J. ; Auerbach, J.S. (2003), „Psychodynamic Measures of Therapeutic Change", *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 23 Issue 2, pp. 268-307.

Bloom, B.L. (1992), „Planned short-term psychotherapy : Current status and future challenges", *Applied & preventive psychology*, vol. 1, nr. 3, pp. 157-164.

Bogwald, K.P. ; Hoglend, P. ; Sorbye, S. (1999), „Measurement and transference interpretations", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 4, pp. 264-273.

Bollas, C. (1989), *Forces of Destiny. Psychoanalysis and Human Idiom*, Free Association Books, London.

Bornstein, R.F. (2002), „The Impending Death of Psychoanalysis From Destructive Obfuscation to Constructive Dialogue", *Psychoanalytic Psychology*, vol. 19, no. 3, pp. 580–590.

Brammer, L.M. ; MacDonald, G. (1996), *The helping relationship : process and skills*, Allyn & Bacon, Boston.

Budman, S. (1990), „The Myth of Termination in Brief Therapy : Or It Ain't Over' Till It's Over", in J.K. Zeig. and S.G. Gilligan (eds.), *Brief Therapy*, Brunner/Mazel Publ, New York.

Busch, F.N. ; Milrod, B.L. ; Singer, M.B. (1999), „Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 3, pp. 234-242.

Callahan, P.E. (2000), „Indexing Resistance in Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP) : Change in Breaks in Eye Contact During Anxiety (BECAS)", *Psychotherapy Research* 10 (1), pp. 87-99.

Casement, P. (1990), *Further Learning from the Patient. The Analytic Space and Process*, Tavistock/Routledge, London.

Casement, P. (1999), *Pácienseктől tanulva*, Animula, Budapest.

Cashwell, C.S. ; Skinner, A. ; Lewis, J.C. ; *et al.* (2001), „Absolute Versus Tentative Interpretations : Mediating Effects of Client Locus of Control", *Journal of Contemporary Psychotherapy* ; 31, 3, pp. 141-149.

Chambless, D.L. ; Ollendick, T.H. (2001), „Empirically Supported Psychological Interventions : Controversies and Evidence", *Annual Review of Psychology* 52, pp. 685-716.

Chessick, R.D. (2000a), „Psychoanalysis at the Millenium", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 54, Issue 3, pp. 277-290.

Chessick, R.D. (2000b), „Psychoanalytic peregrinations I : Transference and transference neurosis revisited", *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 30, 1, pp. 83-97.

Connolly Gibbons, M.B. (2004), „The Role of Interpersonal Relationships in the Process of Psychotherapy", *Psychotherapy Research* 14(4), pp. 401-414.

Connolly Gibbons, M.B. ; Crits-Christoph, P. ; Levinson, L. ; Barber, J. (2003), „Flexibility in Manual-Based Psychotherapies : Predictors of Therapist Interventions in Interpersonal and Cognitive/Behavioral Therapy", *Psychotherapy Research* 13(2) pp. 169-185.

Connolly, M.B. ; Crits-Christoph, P. ; Shappell, S. ; Barber, J.P. *et al.* (1999), „Relation of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy", *Psychotherapy Research*, vol. 9, iss. 4, pp. 485-495.

Connolly, M.B. ; Crits-Christoph, P. ; Barber, J.P. ; Luborsky, (2000), „Transference Patterns in the Therapeutic Relationship in Supportive-Expressive Psychotherapy for Depression", *Psychotherapy Research* 10(3) pp. 356-372.

Cottraux, J. ; Bouvard, M. ; Légeron, P. (1985), *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*, E.A.P., Issy-Les-Moulineaux.

Cottraux, J. (1990), *Les thérapies comportamentales et cognitives*, Masson, Paris.

Cottraux, J. (2003), *Terapiile cognitive*, Editura Polirom, Iaşi.

Crits-Christoph, P. ; Connolly Gibbons, M.B. (2003), „Research Developments on the Therapeutic Alliance in Psychodynamic Psychotherapy", *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 23. issue 2, pp. 332-349.

Curtis, R. ; Field, C. ; Knaan-Kostman, I. ; Mannix, K. (2004), „What 75 Psychoanalysts Found Helpful and Hurtful in their Own Analyses", *Psychoanalytic Psychology*, vol. 21, no. 2, pp. 183-202.

Davanloo, H. (1992a), *A rövid dinamikus terápia módszere. In Rövid dinamikus pszichoterápia*, Animula, Budapest.

Davanloo, H. (1992b), *Az értelmezésre adott válasz. In Rövid dinamikus pszichoterápia*, Animula, Budapest.

Davanloo, H. (1992c), *A terápia főpróbája. In Rövid dinamikus pszichoterápia*, Animula, Budapest.

Davanloo, H. (1995), „Intensive short-term dynamic psychotherapy : Spectrum of psychoneurotic disorders", *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10(3,4), pp. 121-155.

Davanloo, H. (1999a), „Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy – Central Dynamic Sequence : Phase of Pressure", *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 13, pp. 211-236.

Davanloo, H. (1999b), „Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy – Central Dynamic Sequence : Phase of Challenge", *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 13, pp. 237-262.

Davanloo, H. (1999c), „Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy – Central Dynamic Sequence : Head-On Collision with Resistance", *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 13, pp. 263-282.

De Roten, Y. ; Drapeau, M. ; Stigler, M. ; Despland, J.N. (2004a), „Yet Another Look at the CCRT : The Relation Between Core Conflictual Relationship Themes and Defensive Functioning", *Psychotherapy Research*, 14(2), pp. 252-260.

De Roten, Y. ; Fischer, M. ; Drapeau, M. *et al.* (2004b), „Is One Assessment Enough ? Patterns of Helping Alliance Development and Outcome", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, pp. 324-331.

De Shazer, S. (1985), *Keys to solution in brief therapy*, W.W. Norton and Company, New York, London.

Devilly, G.J. (2004), „An approach to psychotherapy toleration : the Distress/Endorsement Validation Scale (DEVS) for clinical outcome studies", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, pp. 319-336.

Duncan, S.C. ; Piper, W.E. (1997), *Depression and the Self in Short-Term Psychoanalytic Psychotherapy. In Session : Psychotherapy in Practice*, vol. 3, no. 3, pp. 23-35).

Eckert, P. (1993), „Acceleration of change : catalysts in brief therapy", *Clinical Psychology Review*, 13, pp. 241-253.

Eells, T.D. ; Lombart, K.D. (2003), „Case Formulation and Treatment Concepts Among Novice, Experienced, and Expert Cognitive--Behavioral and Psychodynamic Therapists". *Psychotherapy Research* 13(2), pp. 187–204.

Egan, G. (1994), *The skilled helper*, Brooks/Cole, Monterey.

Eisenstein, S. (1992), *Franz Alexander hozzájárulása. In Rövid dinamikus pszichoterápia*, Animula, Budapest.

Ekman, P. ; Friesen, W.V. (1964), „Non-verbal leakage and clues to deception", *Psychiatry*, 32, pp. 88-106.

Ellis, A. ; Dryden, W. (1997), *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*, Springer, New York.

Eysenck, H.J. (1962), *Conditionnement et nevroses*, Gauthier-Villars, Paris.

Fennell, M. (1991), „Depression", in Hawton, K. ; Salkovskis, P.M. ; Kirk, J. ; Clark, M.D., *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. Practical Guide*, Oxford University Press, Oxford.

Fernández L.A. (2000), „From Interpretation to Commentary: Truth and Meaning in Psychotherapy", *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 10, no. 3. 325-334.

Fèvre, L.; Soto, G. (1995), *Guide du praticien en PNL*, Chronique Sociale, Lyon.

Flegenheimer, W.V. (1982), *Techniques of Brief Psychotherapy*, Jason Aronson, New York.

Flett, G.; Davis, R.A.; Hewitt, P.L. (2003), „Dimensions of Perfectionism, Unconditional Self-Acceptance, and Depression", *Journal of Rational--Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, vol. 31, no. 3, pp. 119-138.

Forgas, J.P. (2001), *Érzelmek és gondolkodási stratégiák: interaktív stratégiák. In J.P. Forgas (szerk.): Érzelem és gondolkodás. Az érzelem szociálpszichológiája*, Kairosz Kiadó, Budapest.

Fosha, D. (2004), „Brief Integrative Therapy Comes of Age: A Commentary", *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 14, no. 1, pp. 66-92.

Fosha, D.; Slowiaczek, M.L. (1997), „Techniques to Accelerate Dynamic Psychotherapy", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 51, Issue 2, pp. 229-251.

Fosshage, J.I. (1994), „Toward reconceptualising transference", *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 75, part 2, 265-280.

Fox, R.P. (1998), „The «unobjectionable» positive countertransference", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 46, no. 4, pp. 1067-1087.

Frank, J.D. (1985), *Therapeutic Components Shared by All Psychotherapies*, in M. Mahoney, A. Freeman (eds.), *Cognition and Psychotherapy*, Plenum Press, New York.

Freud, S. (1937/1981), *A befejezett és a vég nélküli analízis*, in Buda B. (szerk.): *Pszichoterápia*, Gondolat, Budapest.

Gabbard, G.O. (1995), „Countertransference: the emerging common ground", *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 76, part 3, pp. 475-486.

Gabbard, G.O. (2001), „Psychoanalytically Informed Approaches to the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder", *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 21 Issue 2, pp. 208-221.

Garfield, S.L. (1997), *Brief Psychotherapy: The Role of Common and Specific Factors. Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 4 (4), pp. 217-225.

Garfield, S.L. (2000), „Eclecticism and Integration: A Personal Retrospective View'", *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 10, pp. 4, 5-9.

Gaston, L. ; Thompson, L. ; Gallagher, D. *et al.* (1998), „Alliance, Technique, and their Interactions in Predicting Outcome of Behavioral, Cognitive, and Brief Dynamic Therapy", *Psychotherapy Research*, 8 (2), pp. 190-209.

Gazzola, N. ; Stalikas, A. (2004), „Therapist Interpretations and Client Processes in Three Therapeutic Modalities : Implications for Psychotherapy Integration", *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 14, no. 4, pp. 397-418.

Gelso, C.J. ; Latts, M.G. ; Gomez, M.J. ; Fassinger, R.E. (2002), „Countertransference Management and Therapy Outcome : An Initial Evaluation", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58 (7). pp. 861-867.

Gill, M.M. (1982), „The Analysis of Transference", in S. Slipp (ed.), *Curative Factors in Dynamic Psychotherapy*, Mc Graw/Hill, New York.

Goldberg, A. (1994), „Farewell to the objective analyst", *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 75, part 1, pp. 21-30.

Goldfried, M.R. (2004), „Integrating Integratively Oriented Brief Psychotherapy", *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 14, no. 1, pp. 93-105.

Goldstein, W.N. (2000), „The transference in psychotherapy : the old *vs*. the new, analytic *vs*. dynamic", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 54, Issue 2. pp. 167-171.

Gottwik, G. ; Orbes, I. ; Tressel, F. ; Wagner, G. (1998), „Application of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in the Treatment of Patients with Agoraphobia, Fainting Attacks, Anxiety, Panic, Somatization and Functional Disorders". Part I : „Technical and Metapsychological Roots of the Technique ; Initial Phase of Trial Therapy", *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* 12, pp. 77-103.

Hafkenscheid, A. (2003), „Objective Countertransference : Do Patients' Interpersonal Impacts Generalize across Therapists ? ", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, pp. 31-40.

Haley, J. (1984), *Un thérapeute hors du commun, Milton H. Erickson*, E.P.I., Paris.

Haley, J. (1990), „Why not long-term therapy ? ", in Zeig, J.K. ; Gilligan, S.T. (eds.), *Brief Therapy. Miths, Methods, and Metaphores*, Brunner/Mazel, New York.

Hamilton, N.G. (1996), *A tárgykapcsolat elmélet a gyakorlatban*, Animula, Budapest.

Harris, P. (2000), „Psychobiography : Fingerprints of a lifetime", in G., Corley *et al.* (eds.), *Older people and their needs : A multi disciplinary perspective,* Whurr Publishers, Ltd. London.

Hayes, J.A. (2004), „The Inner World of the Psychotherapist : A Program of Research on Countertransference", *Psychotherapy Research* 14(1), pp. 21-36.

Hilsenroth, M.J. ; Ackerman, S.J. ; Blagys, M.D. (2001), „Evaluating the phase model of change during short-term psychodynamic psychotherapy", *Psychotherapy Research*, Spring 2001, 11, 1, pp. 29-47.

Hill, C.E. ; O'Brien, K.M. (1999), *Helping Skills : facilitating exploration, insight, and action*, American Psychological Association, Washington.

Hoffart, A. ; Friis, S. (2000), „Therapists' emotional reactions to anxious inpatients during integrated behavioral-psychodynamic treatment : A psychometric evaluation of a feeling word checklist", *Psychotherapy Research*. vol. 10, iss. 4 ; pp. 462-473.

Hoglend, P. ; Bogwald, K.P. ; Amlo, S. *et al.* (2000), „Assessment of change in dynamic psychotherapy", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 9, iss. 4. pp. 190-199.

Holmqvist, R. (2001), „Patterns of consistency and deviation in therapists' countertransference feelings", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 10, iss. 2, pp.104-116.

Horney, K. (1995a), *Direcţii noi în psihanaliză*, Editura Univers Enciclopedic, Bucureşti.

Horney, K. (1995b), *Autoanaliza*, Oscar Print, Bucureşti.

Horowitz, M.J. ; Marmar, C. ; Weiss, D.S. *et al.* (1984), „Brief psychotherapy of bereavement reactions", *Archives of General Psychiatry*, 41, pp. 438-448.

Horvath, A.O. (2000), *The Therapeutic Relationship : From Transference to Alliance. JCLP/In Session : Psychotherapy in Practice*, vol. 56 (2), pp. 163-173.

Howard, K.I. ; Krasner, R.F. ; Saunders, S.M. (2000), *Evaluation of Psychotherapy*, in B.J. Sadock, V.A. Sadock (eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Seventh Edition on CD-ROM, PA, Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia.

Hyman Jr., I.E. ; Loftus, E.F. (1998), „Errors in autobiographical memory", *Clinical Psychology Review*, vol. 18, iss. 8, pp. 933-947.

Ierodiakonou, C.S. ; Ierodiakonou-Benou, I. (1997), „Short-term psychoanalytic psychotherapy with obsessive preadolescents", *American Journal of Psychotherapy*, 51, 4, pp. 569-579.

Ionescu, S. (1990) (ed.), *L'intervention en déficience mentale. Vol. 2. Manuel de méthodes et de techniques*, Liege.

Ivey, A.E. ; D'Andrea, M. ; Ivey, M.B. ; Simek-Morgan, L. (2002), *Theories of Counseling and Psychotherapy. A Multicultural Perspective*, Allyn & Bacon, Boston.

Jones, E. (1973), *Sigmund Freud élete és munkássága*, Európa Könyvkiadó, Budapest.

Jones, E.E. (2001), „Therapeutic Action: A New Theory", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 55, iss. 4, pp. 460-474.

Jørgensen, C.R. (2004), „Active Ingredients in Individual Psychotherapy. Searching for Common Factors", *Psychoanalytic Psychology*, vol. 21, no. 4, pp. 516-540.

Junkert-Tress, B. ; Schnirda, U. ; Hartkamp, N. *et al* (2001), „Effects of Short-Term Dynamic Psychotherapy for Neurotic, Somatoform, and Personality disorders: A 1-Year Follow-Up Study", *Psychotherapy Research*, 11 (2), pp. 187-200.

Kaslow, F.W. (2002), „Shifting from Treatment Plans to Action Plans: Solidifying the Therapeutic Alliance", *Journal of Contemporary Psychotherapy*; 32, 1, pp. 83-92.

Kendon, A. (1967), „Some functions of gaze-direction in social interaction", *Acta Psychologica*, 26, pp. 22-63.

Kennard, D. ; Roberts, J. ; Winter, D.A. (1993), *A Work Book of Group--Analytic Interventions*, Routledge, London.

Kernberg, O. F. (1997), „The nature of interpretation: Intersubjectivity and the third position", *American Journal of Psychoanalysis*, vol. 57, iss. 4, pp. 297-312.

Kirk, J. (1991), „Cognitive-behavioural assesment", in Hawton, K. ; Salkovskis, P.M. ; Kirk, J. ; Clark, M.D., *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. Practical Guide*, Oxford University Press, Oxford.

Kivlighsa, D.M. ; Shaughnessy, P. (2000), „Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings", *Journal of Counseling Psychology*, 47, pp. 362-371.

Kleinke, C.L. (1994), *Common Principles of Psychotherapy*, CA, Brooks Cole Publishing Company, Pacific Grove.

Klumbies, G. (1974), *Psychotherapie in der Inneren und Algemein Medizin*, S. Hirzel, Leipzig.

Koss, M.P. ; Butcher, J.N. (1986), „Research on brief psychotherapy", in Garfield, S.L. ; Begin, A.E. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 3rd ed., Wiley, New York.

Krause, R. ; Merten, J. (1996), „Affekte, Beziehungregulierung, Übertragung und Gegenübertragung", *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, Heft 3.

Lampropoulos, G.K. (2000), „Definitional and Research Issues in the Common Factors Approach to Psychotherapy Integration : Misconceptions, Clarifications, and Proposals", *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 10, no. 4, pp. 415-438.

Langs, J. (1982), „Countertransference and the Process of Cure", in S. Slipp (ed.) : *Curative Factors in Dynamic Psychotherapy*, Mc Graw/ Hill, New York.

Laor, I. (1999), „Short-term dynamic therapy as a unique container", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 53, iss. 4. pp. 513-528.

Laor, I. ; Granek, M. (1997), „Working through the experience of time in time-limited therapy" *American Journal of Psychotherapy*, 51, 4, pp. 580-592.

Laplanche, J. ; Pontalis, J.B. (1994), *Vocabularul psihanalizei*, Humanitas, Bucureşti.

Larose, S. ; Guay, F. ; Boivin, M. (2002), „Attachment, Social Support, and Loneliness in Young Adulthood : A Test of Two Models", *Personality and Social Psychology Bulletin.*, vol. 28, no. 5, pp. 684-693.

Lawson, D.M. ; Brossart, D.F. (2003), „Link Among Therapist and Parent Relationship, Working Alliance, and Therapy Outcome", *Psychotherapy Research* 13(3), pp. 383–394.

Lazarus, A.A. (1971), *Behavior therapy and beyond*, Mc Graw Hill, New York.

Lebeaux, D.J. (1999), „The Rise in the Transference in Davanloo's Technique of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy : Principles, Technique and Issues for Training", *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* 13, pp. 3-16.

Leichsenring, F. (2001), „Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression : a meta--analytic approach", *Clinical Psychology Review*, vol. 21, no. 3, pp. 401-419.

Lev-Wiesel, R. (2000), „RTE : revealing transference exercises in short--term group therapy", *The Arts in Psychotheapy* 27. 5, pp. 339-344.

Liegner, E. (2003a), „Countertransference : Resistance and Therapeutic Leverage", *Modern Psychoanalysis*, vol. 28, iss.1 ; pp.7-14.

Liegner, E. (2003b), „The Question of Termination in Modern Psychoanalysis", *Modern Psychoanalysis*, vol. 28, iss. 1, pp.119-132.

Livnay, S. (1996), „When Erickson meets Freud : The Therapist Trance and Countertransference as Resources for Hypnotherapist", in P. Burkhard *et al.* (eds.). *Munich Lectures on Hypnosis and Psychotherapy*, M.E.G.-Stiftung, Munchen.

Luborsky, L. (1997), „The Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) – A Basic Case Formulation Method", in T. Eells (ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*, The Guilford Press, New York.

Luborsky, L. (2000), „A Pattern-Setting Therapeutic Alliance Study Revisited", *Psychotherapy Research*, 10 (1), pp. 17-29.

Macmillan, M. (2001), „Limitations to Free Associations and Interpretation", *Psychological Inquiry*, vol. 12. no. 3, pp. 113-128.

Magnavita, J.J. ; Carlson, T.M. (2003), „Short-Term Restructuring Psychotherapy : An Integrative Model for the Personality Disorders", *Journal of Psychotherapy Integration*, 2003, vol. 13, no. 3/4, pp. 264–299.

Malan, D. (1986), „Beyond Interpretation : Initial Evaluation and Technique in Short-Term Dynamic Psychotherapy", Part I, *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 1, pp. 59-82.

Malan, D.H. (1976), *The Frontier of Brief Psychotherapy*, Plenum, New York.

Malan, D.H. (1989), *Egyéni dinamikus pszichoterápia*, MFMS, Budapest.

Malancharuvil, J.M. (2004), „Projection, Introjection, and Projective Identification : A Reformulation", *The American Journal of Psychoanalysis*, vol. 64, no. 4, pp. 375-382.

Mallinckrodt, B. ; Chen, E.C. (2004), „Attachment and Interpersonal Impact Perceptions of Group Members : A Social Relations Model Analysis of Transference", *Psychotherapy Research* 14(2), pp. 210–230.

Mander, G. (2003), „Dilemmas in brief therapy", *Psychodynamic Practice*, 9, 4, pp. 485-500.

Manthei, R.J. (1996), „A follow up study of clients who fail to begin counselling or terminate ofter one session", *International Journal for the Advencement of Counselling*, 18, pp. 115-128.

Marcus, S. (1997), *Empatie şi personalitate*, Atos, Bucureşti.

Martin D.J. ; Garske J.P. ; Davis M.K. (2000), „Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : a meta-analytic review", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, pp. 438-450.

McCullough, L. (1998), *Short-Term Psychodynamic Therapy as a Form of Desensitization : Treating Affect Phobias. In Session : Psychotherapy in Practice*, vol. 4, no. 4, pp. 35-53.

Meissner, W.W. (1998), „Neutrality, abstinence, and the therapeutic alliance", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 46, no. 4, 1089-1128.

Milbrath, C. ; Bond, M. ; Cooper, S. *et al.* (1999), „Sequential consequences of therapists' interventions", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 8, iss. 1, pp. 40-54.

Milrod, B. ; Busch, F. ; Leon, A.C. *et al.* (2001), „A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research,* 10, 4, pp. 239-245.

Mirabel-Sarron, Ch. ; Rivière, B. (1993), *Précis de thérapie cognitive*, Dunod, Paris.

Misch, D.A. (2000), Basic strategies of dynamic supportive therapy", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 9, iss. 4, pp. 173-189.

Molnos, A. (1984), „The two triangles are four : a diagram to teach the process of dynamic brief psychotherapy", *British Journal of Psychotherapy* 1(2), pp. 112-125.

Molnos, A. (1997), *Az idő kérdése. A rövid lélekelemző kezelés lényege*, Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen.

Morris, S.J. (2003), „A Metamodel of Theories of Psychotherapy : A Guide to Their Analysis, Comparison, Integration and Use", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, pp. 1/18.

Mowrer, O.H. (1960), *Learning theory and behavior*, Wiley, New York.

Mucchielli, R. (1994), *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, ESF, Paris.

Norcross, J.C. (2001), „Introduction : In search of the meaning and utility of countertransference", *Journal of Clinical Psychology/In Session* 57, pp. 981-982.

Norcross, J.C. ; Hill, C.E. (2004), „Empirically Supported Therapy Relationships", *The Clinical Psychologist*, vol. 57, Issue 3, pp. 19-24.

O'Connell, B. (1998), *Solution-Focused Therapy*, Sage Publications, London.

O'Connor, J. ; Seymour, J. (1990), *Introducing Neuro-Linguistic Programming*, Harper Collins Publ., San Francisco.

Ogrodniczuk, J.S. ; Piper, W.E. (1999), „Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies : Development and Use of a New Scale", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 2, pp. 142-154.

O'Hanlon, W. ; Weiner-Davis, M. (1995), *L'orientation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychotherapi*, SATAS, Bruxelles.

O'Leary, K.D. ; Wilson, G.T. (1975), *Behavior Therapy : application and autcome*, Prentice Hall, New Jersey.

Parish, M. ; Eagle, M.N. (2003), „Attachment to the Therapist", *Psychoanalytic Psychology*, vol. 20, no. 2, pp. 271-286.

Peräkylä, A. (2004), „Making Links in Psychoanalytic Interpretations: A Conversation Analytical Perspective", *Psychotherapy Research*, 14(3) pp. 289-307.

Perrier, J.; Stuart, J. (2000), „A new approach to the study of therapeutic work in the transference", *Psychotherapy Research*, vol. 10, iss. 2, pp. 169-180.

Piper, W.E.; Ogrodniczuk, J.S. (1999), „Therapy manuals and the dilemma of dynamically oriented therapists and researchers", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 53, iss. 4. pp. 467-482.

Poser, S. (2002), „Finding a shape: The creation of psychic structure in a psychoanalytic setting" *Modern Psychoanalysis*, vol. 27, iss. 2, pp. 263-292.

Poussin, G. (1992), *La pratique de l'entretien clinique*, Privat, Toulouse.

Powers, T.A.; Alonso, A. (2004), „Dynamic Psychotherapy and the Problem of Time", *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 34, no. 2, pp. 125-139.

Rachman, S.J.; Hodgson, R. (1974), „Synchrony and desynchrony in fear and avoidance", *Behaviour Research and Therapy*, 12, pp. 311-318.

Raskin, N.J.; Rogers, C. (1995), „Person-centered therapy", in Corsini, R.J.; Wedding, D., *Current psychotherapies*, Peacock, Itasca, Illinois.

Reyna, L.J. (1964), „Conditioning therapies, learning theory, and research", in Wolpe, J.; Salter, A.; Reyna, L.J. (eds.), *The conditioning therapies*, Holt, New York.

Ricœur, P. (1998), *Despre interpretare. Eseu asupra lui Freud*, Editura Trei, București.

Riesenberg-Malcolm, R. (1995), „The three 'W'-s: What, where and when: the rationale of interpreatation", *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 76, Part 3, pp. 447-456.

Rogers, C. (1974), *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF, Paris.

Rockland, L.H. (1989), *Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach*, Basic Books, New York.

Rosenbaum, R.; Hoyt, M.; Talmon, M. (1990), „The challenge of single session therapies: creating pivotal moments", in R. Wells; Gianetti, V. (eds.), *The handbook of Brief Therapies*, Plenum, New York.

Rosenthal, R. (1972), „Covert Communication in the Psychological Experiment", in Miller, A.G., *The Social Psychology of Psychological research*, Free Press, New York.

Rosenthal, R.N.; Muran, J.C.; Pinsker, H. *et al.* (1999), „Interpersonal change in brief supportive psychotherapy", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 8, iss.1, pp. 55-63.

Rosenzweig, S. (1936/2002), „Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy", *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 12, no. 1, pp. 5-9. Reprinted from „Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy", by Saul Rosenzweig, 1936, *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, pp. 412-415.

Rowan, J. (1998), „Therapeutic Interventions", *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 8, no, 4, pp. 231-248.

Ryle, A. (1991), *Cognitive-Analytic Therapy : Active Participation in change*, Wiley, Chichester.

Said, T. ; Schubmel, J.Q. (1999), „Selected Proceedings of Audiovisual Explorations of the Unconscious" Part I. „Technical and Metapsychological Roots of Davanloo's System of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy", *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* 13, pp. 83-108.

Said, T. (2000), „Process Supervision in Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy", Part I, *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* 14, pp. 19-38.

Salter, A. (1949), *Conditioned reflex Therapy*, Farrar, Straus & Giroux, New York.

Scaturo, D.J. (2002), „Fundamental Dilemmas in Contemporary Psychodynamic and Insight-Oriented Psychotherapy", *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 32, Nos. 2/3, pp. 145-165.

Schaeffer, J.A. (1998), „Transference and countertransference interpretations : harmful or helpful in short-term dynamic therapy ? ", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 52, iss. 1., pp. 1-17.

Schulte, D. (2002), „What to Do When Manuals Fail ? The Dual Model of Psychotherapy", *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9, 3 ; pp. 312-328.

Schultz, J.H. (1958), *Le training autogéne*, P.U.F., Paris.

Shafran, R. ; Cooper, Z. ; Fairburn,C.G. (2002), „Clinical perfectionism : a cognitive behavioural analysis", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 40, iss. 7, pp. 773-791.

Shahar, G. (2004), „Transference-Countertransference : Where the (Political) Action Is", *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 14, no. 4, pp. 371-396.

Shahar, G. ; Blatt, S.J. ; Zuroff, D.C. ; Pilkonis, P.A. (2003), „Role of Perfectionism and Personality Disorder Features in Response to Brief Treatment for Depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, iss. 3, pp. 629-633.

Shahar; G.; Blatt; S.J.; Zuroff, D.C. *et al.* (2004), „Perfectionism Impedes Social Relations and Response to Brief Treatment for Depression", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 2, pp. 140-154.

Shefler, G. (2000), „Time-limited psychotherapy with adolescents", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol.9, iss. 2, pp. 88-99.

Sifneos, P.E. (1992a), *A változásra való motiváltság. In Rövid dinamikus pszichoterápia*, Animula, Budapest.

Sifneos, P.E. (1992b), *Szorongás-provokáló rövidterápia. In Rövid dinamikus pszichoterápia*, Animula, Budapest.

Skinner, B.F. (1953), *Science and human behavior*, Mac-Millan, New York.

Storr, A. (1979), *The Art of Psychotherapy*, Secker and Warburg, London.

Strachey, J. (1931/1999), „The nature of the therapeutic action of psycho--analysis", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 1, pp. 66-82.

Sublette, M.E.; Novick, J. (2004), „Essential Techniques for the Beginning Psychodynamic Psychotherapist", *American Journal of Psychotherapy* 58, 1, pp. 67-75.

Talmon, M. (1990), *Single Session Therapy*, Jossey-Bass, San Francisco.

Thomä, H.; Kächele, H. (1999), *Tratat de psihanaliză contemporană.* Vol. I.: *Fundamente*, Editura Trei, Bucureşti.

Thomä, H.; Kächele, H. (2000), *Tratat de psihanaliză contemporană.* vol. II.: *Practică*, Editura Trei, Bucureşti.

Tracey, T.J.G.; Lichtenberg, J.W.; Goodyear, R.K. *et al.* (2003), „Concept Mapping of Therapeutic Common Factors", *Psychotherapy Research*, 13(4) pp. 401-413.

Traube, P. (2001), *Incursiune în psihoterapie*, Polirom, Iaşi.

Trijburg, R.W.; Frederiks, G.C., Gorlee, M. *et al.* (2002), „Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS)", *Psychotherapy Research* 12 (3), pp. 287-317.

Trijsburg, R.W.; Lietaer, G.; Colijn, S. *et al.* (2004), „Construct Validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale", *Psychotherapy Research*, vol. 14, iss. 3, pp. 346-366.

Truant, R. (1998), „Assessment of Suitability for Psychotherapy", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 52, iss. 4, pp. 297-311.

Trull, T.J.; Phares, E.J. (2004), *Klinikai pszichológia. Elmélet, módszertan és hivatás*, Osiris Kiadó, Budapest.

Ursano, R.J.; Norwood, A.E. (2000), *Brief Psychotherapy*, in B.J. Sadock, V.A. Sadock (eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of*

Psychiatry, Seventh Edition on CD-ROM, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Van Rillaer (1997), *L'apprentissage de la relaxation en thérapie cognitive--comportamentale. Brochure d'information pour le client, RFCCC*, Jan.--Fév.-Mars, vol. II, nr. 1, pp. 16-23.

Wahler, R.G. ; Castlebury, F.D. (2002), „Personal narratives as maps of the social ecosystem", *Clinical Psychology Review*, vol. 22, iss. 2, pp. 297-314.

Walter, J.L. ; Peller, J.E. (1992), *Becoming Solution – Focused in Brief--Therapy*, Brunner/Mazel, Inc., New York.

Warme, G. (1994), *Reluctant Treasures. The Practice of Analytic Psychotherapy*, Jason Aronson Inc., Northvale.

Watzlawick, P. (1990), „Therapy is what you say it is", in Zeig, J.K. ; Gilligan, S.G., *Brief Therapy. Miths, Metthods and Metaphors*, Brunner/Mazel, New York.

Watzlawick, P. ; Weakland, J. ; Fisch, R. (1975), *Changements. Paradoxes et psychotherapy*, Seuil, Paris.

Watzlawick, P. ; Weakland, J.H. ; Fish, R. (1990), *Változás*, Gondolat, Budapest.

Williams, J.M.G. (1992), *The Psychological Treatment of Depression*, Routledge, London.

Wolpe, J. (1958), *Psychotherapy by reciprocical inhibition*, Stanford University Press, Stanford.

Wolpe, J. ; Lazarus, A. (1966), *Behavior therapy techniques*, Pergamon, New York.

Wolstein, B. (1996), „The analysis of transference as an interpersonal process", *American Journal of Psychotherapy*, 50, 4, pp. 499-509.

Yourman, D.B. (2003), „Trainee Disclosure in Psychotherapy Supervision : The Impact of Shame", *Journal of Clinical Psychology/In Session* 59, pp. 601-609.

Zajonc, R. (2003), *Érzelmek a társas kapcsolatokban és a megismerésben*, Osiris Kiadó, Budapest.

Zeig, J.K. (2000), „Les vertus de nos défauts : un concept clé de la thérpie éricksonienne", in Watzlawick, P. ; Nardone, G., *Stratégie de la thérapie brève*, Seuil, Paris.

Zeig, J.K. ; Gilligan, S.G. (eds.) (1990), *Brief Therapy. Myths, Methods, and Metaphors*, Brunner/Mazel, New York.

ANEXA 1

Categorii ale vorbirii pacientului

I. Elaborarea	
Absenţa elaborării	Afirmaţii care nu au relevanţă pentru sine sau contextul terapeutic.
Transmiterea de fapte	Afirmaţii factuale, incluzând identificarea şi clarificarea informaţiei. De ex: „A fost o săptămână aglomerată. Nu am plecat în excursie".
Transmiterea emoţionalităţii	Vorbirea pacientului transmite atitudini sau descrie activităţi şi comportamente ce sugerează trăiri importante, inclusiv evidenţiind intensitatea sau calitatea acelor trăiri.
Transmiterea de semnificaţii	Vorbirea pacientului transmite informaţii despre importanţa pentru sine a unor teme prin reflectare sau evaluarea propriilor stări psihologice. Include punerea în legătură între ele a unor teme importante sau a acestora cu patternuri proprii sesizate.
II. Dez-elaborarea	
Recursul la vorbire fără conţinut şi eschivări	Cuvintele de umplutură produc ezitări în fluenţa vorbirii fără să aducă un plus de conţinut discursului (includ repetiţii care nu au funcţionalitate în comunicare, de ex. accentuări). Cuvintele de eschivare minimizează, diminuează intenţia originală a comunicării.
Vorbirea periferică	Vorbirea pacientului se deplasează de la esenţa unei teme către idei periferice ale aceleiaşi teme, astfel încât cursul discuţiei e redirecţionat dinspre idei semnificative către altele mai puţin semnificative.
Distorsionarea semnificaţiei	Vorbirea pacientului include negări sau deziceri de dorinţe, idei sau trăiri exprimate anterior pe care e mai probabil ca subiectul să le aibă; atribuiri eronate de dorinţe, acţiuni

Distorsionarea semnificației	sau emoții altcuiva, falsa identificare a obiectului dorințelor, acțiunilor sau trăirilor ; neînțelegeri intenționate sau interpretări eronate ale comentariilor prezentate clar de către interlocutor ; și schimbări bruște de subiect, când un subiect este încă în mod clar în discuție.

Sursă : Milbrath *et al.*, 1999.

ANEXA 2

Scala tehnicilor interpretative şi suportive

Terapeutul s-a străduit :

- Să întărească clientul (să-l ajute să se simtă mai degrabă bine decât anxios în cadrul şedinţei terapeutice).
- Să menţină presiune asupra clientului pentru a-l determina pe acesta să vorbească (de ex. rămânând pasiv, neîntrerupând tăcerile acestuia, nerăspunzând la întrebări etc.).
- Să recurgă la intervenţii care nu vizau interpretarea (de ex. reflexiuni, întrebări, furnizarea de informaţii, clarificări şi confruntări).
- Să încurajeze clientul pentru a explora emoţii neconfortabile.
- Să ofere îndrumări similare celor furnizate de către medicii de familie (de ex. să recomande – în legătură cu îngrijirea de sine, cu abilităţile necesare vieţii de zi cu zi sau cu relaţiile interpersonale – un curs al acţiunii mai apropiat de funcţionarea sănătoasă).
- Să formuleze interpretări.
- Să se angajeze împreună cu clientul în strategii de rezolvare a problemelor (de ex. elaborarea şi evaluarea unor soluţii alternative la problemele de viaţă cu care se confruntă clientul).
- Să dirijeze atenţia clientului înspre impresiile subiective ale terapeutului.
- Să ofere explicaţii care localizează responsabilitatea pentru dificultăţile pe care clientul le întâmpină în afara persoanei acestuia (de ex. în mediul lui, în modul în care funcţionează tranzacţiile interpersonale sau în procesele biochimice, respectiv fiziologice din organismul lui).
- Să stabilească legături între relaţia clientului cu terapeutul şi relaţiile cu celelalte persoane.
- Să elogieze clientul.
- Să-şi focalizeze atenţia mai degrabă asupra clientului şi terapeutului angrenaţi în situaţia terapeutică decât asupra clientului şi a persoanelor importante din viaţa acestuia în afara situaţiei terapeutice.

- Să furnizeze informaţii cu caracter personal, să exprime opinii şi/sau valori.
- Să direcţioneze atenţia înspre impresiile subiective ale clientului legate de alte persoane, în afara situaţiei terapeutice.

(Activitatea terapeutului este evaluată cu ajutorul scalei pe baza următorului cod : *Fără accent-0 ; Accent minor-1 ; Accent moderat-2 ; Accent considerabil-3 ; Accent major-4*)

Scala *tehnicilor suportive* cuprinde următorii itemi : întărire (1), intervenţii neinterpretative (3), îndrumare (5), rezolvarea problemelor (7), explicaţii (9), elogiere (11), informaţii personale (13) ;

Scala *intervenţiilor interpretative* este alcătuită la rândul ei din itemii : presiune (2), emoţii neconfortabile (4), interpretări (6), impresii ale terapeutului (8), legături (10), relaţia client-terapeut (12) şi impresii asupra celorlalţi (14).

Saturaţia factorială a itemilor din prima scală (tehnici suportive) a variat între 0,69 şi 0,95, în timp ce în cazul celor incluşi pe scala intervenţiilor interpretative, între 0,51 şi 0,93.

Sursă : Ogrodniczuk şi Piper, 1999.

ANEXA 3

Scala de Evaluare a Intervenţiei Psihodinamice

Intervenţii interpretative	
Interpretări ale defenselor	Remarce ale terapeutului care incearcă să indice, să facă referire la sau să explice motive ale proceselor ce slăbesc sau diminuează afectul sau procese ce reflectă schimbări în conţinutul temei sau în reprezentările unor persoane. Aceste intervenţii pot viza orice aspect al conflictului dinamic.
Interpretări ale transferului	Remarce ale terapeutului care fac referire la, arată, pun în discuţie sau explică experienţa pacientului legată de relaţia terapeutică
Intervenţii neinterpretative	
Luări la cunoştinţă	Remarce ale terapeutului ce au drept scop înştiinţarea clientului cum că cele comunicate de acesta au fost recepţionate.
Clarificări	Remarce ale terapeutului care sumarizează cele spuse de client fără interpretări şi cu scopul asigurării că terapeutul a înţeles adecvat comunicarea clientului.
Întrebări	Explorări ale terapeutului în legătură cu afecte sau detalii despre viaţa clientului, relaţiile acestuia sau persoanele semnificative. Acestea nu sunt considerate interpretări.
Asociaţii	Remarce ale terapeutului care reflectă asupra a ceva spus de către client într-un alt moment, dar fără a face interpretări, sau care implică o dezvăluire de sine din partea terapeutului, sau afirmaţii generale, sau opinii. Acestea pot include răspunsuri la întrebări sau explicaţii.
Reflectări	Remarce ale terapeutului, al căror scop este de a exprima succint experienţa clientului ; de obicei, acestea includ şi afirmarea unui afect.

Strategii de sporire a muncii terapeutice	Remarce ale terapeutului care explică valoarea şi rostul terapiei şi încurajează pacientul în a spune orice îi vine în minte, oricât de neimportant sau obscur i-ar putea părea.
Strategii de suport	Remarce ale terapeutului care oferă sugestii, întăriri sau explorează soluţiile clientului la diverse probleme.
Aranjamente contractuale	Remarce ale terapeutului care se referă la aspecte de tipul „unde", „cât timp", „cât de mult" ale tratamentului.

Sursă: Milbrath *et al.*, 1999.

ANEXA 4

Factori din analiza factorială a celor 68 de itemi care vizează intervenţia şi calităţile analistului

Factorul 1	Itemi
Intervenţii active, pozitive	M-a ajutat să devin conştient(ă) de experienţe pe care le evitam. M-a încurajat să discut gânduri/ trăiri iraţionale. Mi-a pus întrebări pentru a mă ajuta să gândesc în moduri noi. Mi-a încurajat curiozitatea. A reprezentat unele dintre idealurile mele. M-a confruntat cu lucruri care erau dificile. M-a impresionat prin cunoaşterea sa. A explorat trăirile mele în legătură cu el/ea. Mi-a furnizat interpretări ale visurilor mele. Mi-a furnizat un model de comunicare cu ceilalţi. Mi-a pus întrebări bune în legătură cu detalii ale vieţii mele. M-a ajutat în furnizarea de noi semnificaţii. M-a încurajat. Mi-a validat experienţele. A acceptat ceea ce îi relatam. A explorat trăirile mele sexuale faţă de el/ea. A folosit metafore.
Factorul 2	**Itemi**
Relaţie suportivă, de înţelegere	A fost necritic(ă) şi nu m-a judecat. A dat dovadă de căldură. A fost deschis(ă) la ideile, experienţele şi trăirile mele. A fost sincer(ă). A fost disponibil(ă) emoţional. Mi-a furnizat interpretări asupra interacţiunii dintre noi.

Relație suportivă, de înțelegere	A tolerat trăirea tristeții între noi. A recunoscut propriile eșecuri. A reîncadrat (interpretat) formele de apărare ca strategii de *coping* din trecut. M-a încurajat să înțeleg modelele recurente. M-a plăcut. Și-a cerut scuze pentru greșeli. A fost capabil(ă) să rămână tăcut(ă). S-a manifestat asemenea mie. A sesizat nuanțele din limbajul meu. A tolerat trăirea supărării dintre noi. A avut simțul umorului. A fost atent(ă) la obiectivele tratamentului meu. A tolerat trăirile pozitive dintre noi.
Factorul 3	**Itemi**
Dezvăluire de sine și reciprocitate	Mi-a dezvăluit aspecte importante despre el/ea. A împărțit cu mine puterea și controlul. Mi-a dezvăluit din trăirile lui/ei. A fost implicat(ă).
Factorul 4	**Itemi**
Comportamente negative ale analistului	A taxat pentru ședințele de la care am absentat. Nu a dorit să facă reprogramări. A pus capăt în mod abrupt unor ședințe. A uitat de întâlniri stabilite. Nu a fost flexibil(ă) în privința plății. A fost detașat(ă). A fost critic(ă) cu gândurile, trăirile și ideile mele. S-a focalizat pe dificultățile mele și nu pe punctele forte. A anulat întâlniri programate. Părea că se îndepărtează de mine când apăreau trăiri pozitive. A arătat că mă cunoaște în afara ședințelor. A mărit tariful. A descris aspecte ale mele care nu-i plăceau. Nu a fost disponibil(ă) la telefon.
Factorul 5	**Itemi**
Oferire de sfaturi	Mi-a oferit sfaturi când i-am cerut. Mi-a oferit sfaturi nesolicitate.

Sursă: Curtis *et al.*, 2004, pp. 191-193.

ANEXA 5

Inventarul alianţei terapeutice varianta prescurtată, evaluată de către observator

(*Working Alliance Inventory, shortened, observer-rated version* – WAI-O-S)

Factorul 1. Acord/Încredere

Obiectivul

4. Există dubii sau o lipsă de înţelegere cu privire la ce urmăresc participanţii să realizeze în cadrul terapiei.
6. Clientul/clienta şi terapeutul depun eforturi în vederea realizării unor obiective asupra cărora au căzut de acord.
10. Clientul/clienta şi terapeutul gândesc diferit asupra a ceea ce constituie problema reală a clientului.
11. Clientul şi terapeutul au ajuns la o bună înţelegere asupra schimbărilor care ar fi favorabile pentru client/clientă.

Sarcina

1. Clientul şi terapeutul sunt de acord în ceea ce priveşte măsurile ce trebuie luate pentru a ameliora situaţia clientului.
2. Clientul/clienta şi terapeutul sunt de acord în ceea ce priveşte utilitatea activităţilor desfăşurate în prezent în cadrul terapiei (de ex. clientul/clienta descoperă noi moduri în care problemele sale pot fi privite).
8. Clientul/clienta şi terapeutul sunt de acord în privinţa aspectelor asupra cărora este important să se lucreze.
12. Clientul/clienta este convins(ă) că modul în care lucrează asupra problemei lui/ei împreună cu terapeutul este corect.

Legătura (itemul confidenţei)

5. Clientul/clienta are încredere în capacitatea terapeutului de a-l/o ajuta.

Factorul 2. Relaţia

Legătura (restul itemilor referitori la legătură)

3. Clientul/clienta şi terapeutul se plac reciproc.
7. Clientul/clienta se simte apreciat ca persoană de către terapeut.
9. Există o încredere mutuală între client/clientă şi terapeut.

Sursă: Andrusyna *et al.*, 2001.

ANEXA 6

Scala de validare a atitudinii față de terapie

(*Distress/Endorsement Validation Scale* – DEVS)

Vă rugăm să indicați cât de deranjant vi s-a părut tratamentul pe care l-ați primit. Acest chestionar nu urmărește să-l evalueze pe terapeutul dvs., ci tratamentul pe care l-ați primit și metodele la care a recurs.

1. Cât de stresat v-ați simțit pe parcursul primei ședințe de examinare?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nu m-am simțit deloc stresat *M-am simțit puțin stresat* *M-am simțit foarte stresat*

2. Cât de stresat v-ați simțit pe parcursul primei ședințe de tratament?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nu m-am simțit deloc stresat *M-am simțit puțin stresat* *M-am simțit foarte stresat*

3. Cât de stresat v-ați simțit în primele câteva ore care au urmat primei ședințe de tratament? (Această întrebare vizează stresul generat de „tratament" și măsura în care acesta diferă de nivelul obișnuit al stresului cu care vă confruntați.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nu m-am simțit deloc stresat *M-am simțit puțin stresat* *M-am simțit foarte stresat*

4. Cât de stresat v-ați simțit pregătindu-vă pentru a doua ședință de tratament?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nu m-am simțit deloc stresat *M-am simțit puțin stresat* *M-am simțit foarte stresat*

5. Cât de intruzivă vi s-a părut intervenția în ansamblul ei?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Deloc intruzivă *Oarecum intruzivă* *Foarte intruzivă*

6. Cât de stresantă vi s-a părut intervenţia în ansamblul ei?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Deloc stresantă *Oarecum stresantă* *Foarte stresantă*

7. Cât de epuizantă vi s-a părut intervenţia în ansamblul ei?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Deloc epuizantă *Oarecum epuizantă* *Foarte epuizantă*

8. Dacă înaintea începerii tratamentul aţi fi ştiut tot atâtea despre intervenţie câte ştiţi acum, credeţi că aţi fi fost dispus(ă) să îl urmaţi?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Deloc dispus(ă) *Oarecum dispus(ă)* *Foarte dispus(ă)*

9. Cât de probabil apreciaţi că ar fi să recomandaţi această formă de tratament unor persoane care se confruntă cu probleme similare cu ale dvs.?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Deloc *Oarecum probabil* *Foarte probabil*

10. Credeţi că beneficiile pe care le-aţi realizat de pe urma intervenţiei au justificat investiţia de timp şi bani?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Deloc *În oarecare măsură* *În foarte mare măsură*

Sursă: Devilly, G.J., 2004.

ANEXA 7

Scale pentru măsurarea schimbării psihodinamice (după Blatt şi Auerbach, 2003)

1. ***Scala diferenţierii-relaţionării reprezentărilor despre self şi obiect***

Puncte	Nivel	Descriere
1.	Compromis legat de graniţele dintre self şi celălalt	Sentimentul fundamental al coeziunii fizice, respectiv al integrităţii reprezentărilor lipseşte sau este deteriorat.
2.	Confuzie legată de graniţele dintre self şi celălalt	Self-ul şi celălalt sunt reprezentaţi ca fiind intacţi fizic şi separaţi, dar sentimentele şi gândurile sunt amorfe, nediferenţiate şi confuze. Descrierea se poate rezuma la o calitate globală singulară, surprinsă la modul impresionist sau la un flux de detalii acompaniate de sentimentul confuziei şi al unei cuprinderi vagi.
3.	Oglindirea self-ului şi a celuilalt	Caracteristicile self-ului şi ale celuilalt, cum ar fi aspectul fizic sau calităţile corporale, forma ori dimensiunile sunt virtual identice.
4.	Idealizarea sau denigrarea self-ului/celuilalt	Încercarea de a consolida bazată pe idealizarea sau denigrarea unitară, nemodulată. Descrieri extreme, exagerate, unilaterale.
5.	Consolidarea semi-diferenţiată, slabă a reprezentărilor prin polarizare şi/sau prin accentul pus pe proprietăţile părţilor concrete	Oscilaţii marcate între calităţi opuse la modul dramatic sau accentuarea caracteristicilor exterioare manifeste.

Puncte	Nivel	Descriere
6.	Constanță emergentă, ambivalentă (coeziune) a self-ului și un sentiment emergent al relaționării	Consolidare emergentă a unor aspecte disparate ale self-ului și celuilalt într-o integrare oarecum ezitantă, echivocă sau ambivalentă. Prezintă o listă a caracteristicilor convenționale potrivite, acestora le lipsește însă caracterul de unicitate. Încercare de deplasare în direcția unui sentiment mai individualizat și mai coeziv al self-ului și al celuilalt.
7.	Self și celălalt consolidați, constanți (stabili) în cadrul unor relații unilaterale	Gândurile, sentimentele, nevoile și fanteziile sunt diferențiate și modulate. Toleranță crescută față de aspectele disparate și integrarea acestora. Distinge între calități și caracteristici. Înțelegere simpatetică a celorlalți.
8.	Coeziv, individualizat, empatic față de sine și față de ceilalți	Imagine de sine și asupra celorlalți coezivă, nuanțată și interrelaționată. Sentimentul stabil al identității. Prezintă interes față de relațiile interpersonale și capacitatea de a înțelege perspectivele altora.
9.	Self-ul și ceilalți angrenați în relații reciproce, ce prezintă o desfășurare integrată	Imagine coezivă asupra propriei persoane și a celorlalți angrenați în relații care transformă atât self-ul, cât și pe ceilalți, în cadrul unor procese complexe în continuă desfășurare.
10.	Construirea creativă, integrată a self-ului și a celuilalt în cadrul unor relații empatice în care ambii parteneri sunt acordați la lungimea de undă a celuilalt	Relații integrate reciproce bazate pe aprecierea contribuției părților la construirea de semnificații în cadrul unor relații interpersonale complexe

Sursă: Blatt și Auerbach, 2003, p. 276.

2. *Scala nivelului conceptual al descrierii propriei persoane şi a reprezentărilor asupra obiectelor*

	Nivel	Scor	Descriere
1.	Senzorimotor--Preoperaţional	1	Persoana este descrisă predominant în termenii gratificării ori ai frustraţiilor pe care le furnizează. Sunt puţine semne că persoana ar fi percepută sau definită ca o entitate separată şi independentă de efectul nemijlocit asupra plăcerii sau durerii resimţite de către subiect.
2.	Concret--Perceptual	3	Persoana este descrisă predominant în termeni concreţi, literari, deseori în cei ai atributelor fizice. Deseori, accentul este pus pe cum arată persoana, în termeni de caracteristici fizice sesizabile din exterior.
3.	Iconic	5-7	
3a.	Iconic, orientat înspre exterior	5	Descrierea se concentrează preferenţial asupra activităţilor şi funcţiilor persoanei.
3b.	Iconic, orientat înspre interior	7	Persoana este descrisă mai degrabă în termenii gândurilor, sentimentelor şi valorilor decât în cei ai acţiunilor sale. Descrierea se bazează în mai mare măsură pe dimensiuni psihologice interioare.
4	Conceptual	9	Descrierea persoanei integrează o gamă largă a nivelurilor, astfel încât aspecte ce ţin de înfăţişarea exterioară şi de acţiunile persoanei sunt opuse dimensiunilor exterioare şi integrate cu acestea. Contradicţiile aparente sunt rezolvate printr-o sinteză integrativă, complexă şi coerentă.

Sursă: Blatt şi Auerbach, 2003, p. 278.

3. ***Scala celor 12 conţinuturi tematice pentru descrierea persoanelor semnificative***

Scala	Descrierea
Afectuos	Gradul în care persoana e descrisă ca având şi manifestând deschis afecţiune sau atenţie caldă.
Ambiţios	Gradul în care persoana e descrisă ca manifestând aspiraţii în domenii ocupaţionale sau instrumentale pentru sine şi/sau alţii ; ca având o dorinţă arzătoare de realizare ; ca aspirând sau exercitând presiune asupra sa şi a altora.
Răuvoitor--binevoitor	Gradul în care intenţiile sau efectele unei persoane asupra altora sunt descrise mai degrabă ca având sau exprimând puternic rea-voinţă, duşmănie sau ură, decât făcând sau fiind înclinată să facă bine celorlalţi.
Rece-cald	Gradul în care stilul afectiv interpersonal al persoanei este descris mai degrabă ca ne-emoţional şi impersonal, decât cald şi iubitor.
Gradul de implicare constructivă	Gradul în care interacţiunile unei persoane cu ceilalţi sunt descrise mai degrabă ca negative (fie distante şi rezervate, fie supraimplicate), decât pozitive (implicare constructivă cu respect pentru individualitatea celuilalt).
Intelectual	Măsura în care persoana pune accent pe studiu, reflecţie, speculaţie, interes pentru idei, utilizare creativă a intelectului sau capacitate pentru gândire inteligentă, raţională, şi apreciere pentru complexitate.
Judecător	Gradul în care persoana e descrisă mai degrabă ca având standarde excesiv de ridicate sau critice, decât dând dovadă de acceptare şi toleranţă.
Ideal negativ--pozitiv	Gradul în care persoana e descrisă ca cineva care este un model pentru subiect ; gradul de admiraţie pentru calităţile pe care persoana le are.
Grijuliu	Gradul în care persoana e descrisă mai degrabă ca manifestând grijă şi atenţie, fără a face solicitări de ordin emoţional, decât căutând satisfacerea propriilor necesităţi.
Punitiv	Gradul în care persoana e descrisă fie ca abuzivă fizic sau emoţional, fie ca provocând suferinţă şi durere.
De succes	Gradul în care persoana e descrisă ca simţindu-se satisfăcută de propriile realizări, oricare ar fi ele.
Tărie (puternic-slab)	Gradul în care persoana e descrisă ca fiind efectivă, eficientă şi capabilă să reziste la presiuni, ca având un sentiment stabil al sinelui sau ca dovedindu-se o figură stabilă.

Sursă : Blatt şi Auerbach, 2003, p. 279.

4. *Scala pentru evaluarea funcţionării reflexive*

Nivel/scor	Descriere
-1 Funcţionare reflexivă negativă	Răspunsuri care sunt în mod evident antireflexive, ostile, bizare sau neadecvate în contextul interviului.
1 Funcţionare reflexivă absentă	Răspunsuri care în totalitate sau aproape în totalitate nu au funcţie reflexivă, cu dovezi slabe cum că persoana se gândeşte la stările mentale. Relatările sunt firave, le lipsesc detaliile referitoare la stări mentale, sau sunt egocentrice şi în slujba sinelui.
3 Funcţionare reflexivă discutabilă	Răspunsurile dovedesc o oarecare luare în considerare a stărilor mentale, dar de cele mai multe ori referinţele nu sunt explicite. Înţelegerea persoanei cu privire la stările mentale e fie banală, clişeu, fie difuză şi neintegrată.
5 Funcţionare reflexivă obişnuită	Subiectul manifestă capacitate comună de a înţelege experienţele în termeni de gânduri şi trăiri şi are un model *stabil* al stărilor mentale care necesită inferenţă minimă sau deloc din partea *celui ce evaluează*. Modelul subiectului este limitat şi nu include înţelegerea conflictului sau a ambivalenţei.
7 Funcţionare reflexivă marcată	Răspunsurile conţin numeroase ilustrări de funcţionare reflexivă deplină ce sugerează un model psihologic mental stabil. Sunt prezente numeroase detalii despre gânduri şi trăiri, şi implicaţiile stărilor mentale sunt formulate explicit. Subiectul e, de obicei, capabil să menţină o perspectivă a dezvoltării (interacţională) şi să ajungă la reintegrări originale ale stărilor mentale.
9 Funcţionare reflexivă excepţională	Răspunsurile arată o *rafinare* (*complexitate*) excepţională. Sunt adesea surprinzătoare în *insight*, complexe sau elaborate şi prezintă în mod constant un raţionament cauzal cu referire la stările mentale. Subiectul are o atitudine reflexivă în orice context.

Notă. 1998, Fonagy, Target, Steele, şi Steele, *Reflective-Functioning Manual, Version 5, For Application to Adult Attachment Interviews* pp. 54-59. (Manual de cercetare nepublicat. Subdepartamentul de Psihologia Sănătăţii şi Clinică, Universitatea College London.)

Sursă: Blatt şi Auerbach, 2003, p. 283.

ANEXA 8

Scale pentru evaluarea schimbării în psihoterapia dinamică

Calitatea relaţiilor de prietenie/familiale

Calitatea relaţiilor interpersonale presupune o reciprocitate adecvată/eficientă dată de abilitatea de a oferi şi primi de la ceilalţi, capacitatea de a avea încredere şi de a fi de încredere, receptivitate emoţională, abilitatea empatică/de a vedea lucrurile din perspectiva altora, capacitatea de a descrie acurat dimensiunile/caracteristicile externe şi interne ale celorlalţi. Implică un sentiment de a fi dorit şi de a aparţine în acelaşi timp.

100-91 Calitate superioară a relaţiilor cu prietenii apropiaţi şi cu toţi membrii familiei. Relaţiile sunt securizante, calde, deschise, bazate pe respect şi preocupare reciprocă. Mai multe relaţii pe termen lung, dar de asemenea deschis spre noi prietenii. Persoana este admirată pentru abilitatea de a fi receptivă la emoţiile celor din jur şi de a înţelege/conştientiza perspectiva acestora (a empatiza cu cei din jur). Ceilalţi sunt descrişi cu acurateţe ca persoane unice pe baza unei largi game de trăsături/dimensiuni interne şi externe. Stările tranzitorii de frustrare sau conflictuale sunt puse pe seama circumstanţelor şi sunt rezolvate cu uşurinţă.

90-81 Relaţii calde, deschise şi bazate pe sprijin reciproc atât cu prietenii, cât şi cu familia. Celelalte persoane sunt în general văzute ca fiind tolerante, demne de încredere şi afectuoase. Stările de frustrare sau conflictuale sunt puse pe seama circumstanţelor şi sunt rezolvate cu uşurinţă.

80-71 Relaţii de prietenie bune, stabile şi bazate pe sprijin reciproc. Pot apărea probleme pe perioade scurte sau limitate la o singură persoană semnificativă (frate sau soră/ părinte/copil/prieten). Conflictele cu ceilalţi pot provoca disconfort psihic, însă fără a compromite asumarea responsabilităţilor esenţiale şi sentimentul siguranţei.

70-61 Câteva dintre relaţiile de prietenie sunt trăite/considerate/percepute ca fiind problematice de către persoana în cauză, însă pot părea normale

celorlalţi. Poate să descrie persoanele importante pentru sine ca fiinţe distincte, ţinând cont de funcţiile acestora, dar şi de sentimentele lor, atitudini şi valori. O uşoară tendinţă spre sacrificiu sau exploatare de sine, implicare excesivă sau neimplicare, uşor suspicioşi sau naivi/ creduli, dependenţi sau total independenţi/împotriva colaborării în situaţii problematice. Poate fi preocupat de obţinerea acceptării de către ceilalţi.

60-51 Are una sau mai multe relaţii de prietenie pe termen lung. Manifestă o tendinţă de a prelua roluri autoritare şi/sau de supus/persoană conformistă. Experienţe limitate de entuziasm/afecţiune, cooperare/receptivitate, satisfacţie şi încredere. Evită conflictele dramatice sau disconfortul personal prin păstrarea unei distanţe/lipse de implicare, sau prin adoptarea unui comportament pasiv de sacrificiu de sine. Descrierile persoanelor semnificative fac dificile pentru ceilalţi vizualizarea şi reamintirea acestora.

50-41 Cele mai multe relaţii de prietenie sunt de scurtă durată, intermitente şi distante. Caracterizaţi de sacrificiul de sine sau exploatarea celorlalţi, suspicioşi sau naivi, foarte repede iritaţi/deranjaţi de solicitări sau detaşaţi emoţional. Dificultăţi severe în a-i înţelege pe ceilalţi. Descrierea celorlalte persoane este superficială, stereotipică sau lacunară.

40-31 Interacţiuni minime cu familia/prietenii. Nici o gratificare reciprocă; exploatarea celor din jur, detaşare emoţională, grad ridicat de scepticism. Ceilalţi sunt descrişi global şi concret sau dintr-o perspectivă pronunţat egocentrică. Poate manifesta o relaţie de dependenţă de lungă durată faţă de părinţi.

30-21 Teamă puternică faţă de interacţiunile sociale. Foarte izolaţi. Contacte puţine cu familia sau servicii sociale şi doar în cazul în care sunt tolerate de persoană.

20-11 Izolare socială totală. Suspiciune extremă sau o influenţă închipuită asupra celorlalţi. Nu pot să locuiască cu familia.

10-1 Afectarea/deteriorarea funcţiilor mentale face comunicarea imposibilă.

Sursă: Hoglend *et al.*, 2000, pp. 195-199.

Relaţiile romantice/sexuale/intime/amoroase

Dacă persoana nu stabileşte relaţii intime datorită unui deces sau divorţ, se recomandă evaluarea capacităţii pacientului de a stabili astfel de relaţii prin prisma experienţelor anterioare. Calitatea relaţiilor intime/romantice implică atracţie sexuală, *arousal*, plăcere/satisfacţie, iniţiativă şi flexibilitate. Sentimente dătătoare de siguranţă şi relevanţă emoţională şi încredere. Dependenţa matură/ eficientă/echilibrată implică abilitatea de a deveni dependent emoţional de partener, dar, în acelaşi timp, de a avea capacitatea de a face faţă unui eşec al relaţiei. Descoperirea partenerului ca personalitate unică implică abilitatea de

a-i descrie pe ceilalţi prin intermediul unei sfere largi de trăsături externe şi interne şi evoluţia lor în timp.

100-91 Are abilitatea de a stabili relaţii pe termen lung, caracterizate de sentimente reciproce de iubire, încredere şi dependenţă matură. Dornic de a împărtăşi vulnerabilitatea emoţională. Preocupări sexuale, iniţiativă şi starea de abandonat/înrobit plăcerii/satisfacţiei. Esenţială este personalitatea unică a celuilalt şi este clar/acurat descrisă de către partener(ă). Relaţiile sunt caracterizate de un sens al dezvoltării şi aprofundării continue în timp. Problemele şi conflictele sunt uşor depăşite/rezolvate. Calitatea relaţiei inspiră/influenţează prestaţia persoanei şi în alte domenii ale vieţii. Poate angrena abilităţi neobişnuite de sprijin reciproc în perioade de criză.

90-81 Abilitate de a stabili relaţii pe termen lung caracterizate de sentimente de iubire, încredere şi interdependenţă echilibrată şi satisfacţie sexuală activă, flexibilă. Episoade temporare caracterizate de frustrare şi nesiguranţă justificate de circumstanţe sunt uşor depăşite. Abilitate bună de a oferi suport reciproc în perioade dificile/de criză.

80-71 Relaţii armonioase, stabile şi satisfăcătoare din punct de vedere sexual. Receptivitate emoţională şi înţelegere reciprocă în cele mai multe domenii. Pot exista arii restrânse de inhibiţie sau conflicte. Stresul exterior/tracasările poate/pot duce la perioade conflictuale, nesiguranţă/îndoieli sau disfuncţii/afecţiuni/disconfort minime.

70-61 Poate stabili relaţii romantice stabile, bazate pe încredere, sprijin reciproc şi înţelegere, dar climatul emoţional este caracterizat uneori de ambivalenţe şi fluctuaţii. Poate să-şi dorească şi uneori chiar să caute un alt partener sau să aprecieze faptul că partenerul şi-ar dori pe altcineva. Inhibiţii/disfuncţii sexuale în perioadele caracterizate de stres. În general nu se abate de la angajamentul de bază faţă de partener, în pofida unor limite ale calităţii relaţiei.

60-51 Poate stabili relaţii pe termen lung, însă caracterizate de mai puţină reciprocitate şi gratificare. Predispoziţie spre subapreciere sau supraimplicare în relaţie, în perioade de dificultăţi moderate. Temeri de a nu fi abuzat/înşelat sau respins de către partener(ă). Dorinţele, funcţiile sau iniţiativele sexuale sunt inhibate. Partenerul este descris ca o fiinţă distinctă, însă mai puţin ca o persoană unică. Tendinţă de a scinda relaţiile romantice de cele sexuale. Patternuri de comportament supus, conformist, dominanţă/control.

50-41 Dificultăţi în stabilirea relaţiilor sexuale/intime pe termen lung. Lipsă de angajament, încredere, şi reciprocitate. Dorinţe sexuale ocazionale sau comportament dezorganizat. Îşi caută parteneri nepotriviţi. Relaţii nesigure (pe termen scurt) lipsite de reciprocitate.

40-31 Doar întâlniri scurte, acompaniate de sentimente accentuate de ambivalență. Dorința/gratificarea este mediată de perversiuni sau suport erotic. Descrie posibilii parteneri în termenii propriilor frustrări sau gratificări.

30-21 Lipsit de capacitatea de a iniția relații sexuale. Au mai multe fantezii decât relații reale. Teamă de a pierde controlul. Nu manifestă atracție/interes sexual, sau prezintă tulburări severe care duc la evitarea actului sexual. Experiențe sexuale ocazionale cu prostituate.

20-11 Identitate sexuală foarte fragilă. Lipsa relațiilor. Fantezii încărcate de perversiune.

10-1 Lipsa identității sexuale. Fantezii primitive, nediferențiate, lacunare.

Sursă: Hoglend *et al.*, 2000, pp. 195-199.

Acceptarea emoțiilor

Această dimensiune acoperă abilitatea de a experimenta/trăi, diferenția și exprima (verbal și nonverbal) diferite emoții. Include abilitatea de a impune o diferență temporală între apariția sentimentelor și executarea comportamentelor de apărare/defensive sau devenite automatizate/deprinderi. Controlul impulsului și toleranța la frustrare fac parte integrantă din această dimensiune. Variabile ca alexitimia și lipsa autenticității sunt parțial relaționate cu acest aspect/concept/dimensiune.

100-91 Abilități neobișnuite de a trăi complexitatea și intensitatea sentimentelor, de a diferenția acurat și de a exprima într-un mod adecvat și variat chiar și cele mai puternice emoții, ca furia, tristețea, disprețul, teama, bucuria, entuziasmul, rușinea, disconfortul/distresul și atașamentul. Toleranță ridicată la sentimente confuze și ambiguitate.

90-81 Sunt bine diferențiate și adecvat/adaptiv exprimate. Nu dezvoltă aproape niciodată simptome ca anxietatea sau depresia. Pe fondul unui stres acut apar unele comportamente de evitare sau inhibarea emoțiilor, însă în general îi caracterizează o accesare ușoară a emoțiilor.

80-71 Pot trăi emoții puternice cu o abilitate rezonabilă de a diferenția și exprima sentimentele. Se confruntă cu simptome temporare sau stări/comportamente de evitare, limitarea scopurilor/urmărește mai puține scopuri, sau scăderea capacității de concentrare.

70-61 Dezamăgirile/eșecurile profunde pot duce la simptome moderate, unele stări/comportamente de evitare, restrângere a sferei de activități și o mai slabă diferențiere a emoțiilor (frustrare, îngrijorare, ambiguitate, scăderea capacității de luare a deciziilor, bucurie temperată/fadă). Manifestări nepotrivite/inadecvate (izbucniri, deznădejde) și restrângerea/limitarea scopurilor și ambițiilor.

60-51 De cele mai multe ori dezamăgirile duc la inhibarea sau negarea sentimentelor, izbucniri sau stări de nemulţumire pasivă, sau simptome ca anxietate, depresie, fobie, tulburări de conversie şi o mai slabă diferenţiere a sentimentelor. Evită exprimarea emoţiilor şi/sau limitarea scopurilor.

50-41 Posibilele dezamăgiri, eşecuri sau schimbările care intervin duc, de obicei, la un comportament de evitare, limitare a/restrângere a scopurilor, simptome mai severe şi de durată. Sentimente relativ confuze/nediferenţiate (indiferenţă, demoralizare, apatie, agitaţie, imperfecţiune/neajutorare, aplatizare emoţională), şi manifestări dezadaptive ca nemulţumiri/proteste zadarnice, izbucniri inadecvate frecvente, abreacţii.

40-31 De cele mai multe ori dezamăgirile/eşecurile duc la sentimente de disperare, abreacţii sau simptome severe. Lipseşte abilitatea de a diferenţia sentimentele.

30-21 Chiar şi eşecurile minore sau probabile duc la reacţii de deznădejde şi disperare, abreacţii sau simptome severe. Exprimare haotică a sentimentelor. Pot dezvolta simptome psihotice.

20-11 Nu pot exprima corect/adecvat nici un sentiment, abreacţii foarte severe, episoade maniacale. Necesită o anumită asistenţă externă.

10-1 Manifestări psihotice continue. Necesită asistenţă permanentă.

Sursă: Hoglend *et al.*, 2000, pp. 195-199.

Înţelegerea (*Insight*-ul)

Acest concept presupune înţelegerea din punct de vedere cognitiv şi emoţional a dinamicii conflictelor interne, a patternurilor de interacţiune interpersonale adiacente, a comportamentelor repetitive/recurente şi a conexiunii cu experienţele din trecut. Abilitate de a înţelege şi descrie propria vulnerabilitate, reacţiile la stres şi strategiile de *coping*/confruntare/a face faţă la stres.

100-91 Abilităţi neobişnuite de a descrie într-o manieră proprie/personalizată dorinţele personale, temerile, mecanismele de apărare, comportamentele adiacente şi conexiunea cu experienţele timpurii (din copilărie). Grad de conştientizare ridicat a propriei vulnerabilităţi, atitudini şi patternuri interpersonale, beneficiu secundar. Este deschis/receptiv şi reflectează asupra aspectelor şi sensurilor multiple ale experienţei. Imagine realistă despre sine şi ceilalţi.

90-81 Are capacitatea de a-şi monitoriza conflictele interioare, problemele adiacente, comportamentele repetitive şi conexiunile/legăturile cu experienţele timpurii. Conştientizare a propriei vulnerabilităţi şi reacţii la stres. O atitudine tolerantă şi realistă faţă de sine şi ceilalţi în disputele/

conflictele interpersonale. Se poate simți deziluzionat, dar nu trist sau deznădăjduit.

80-71 Are capacitate de a-şi monitoriza majoritatea conflictelor interne, problemele adiacente şi patternurile repetitive şi atitudinile personale. Conexiunile cu experienţele timpurii pot fi parţial uitate/omise. Conştiinţă a propriei vulnerabilităţi, reacţii la stres şi strategii de *coping*. Se poate blama prea mult pe sine şi pe ceilalţi în disputele interpersonale, însă raţionează/reflectează liber, observându-şi propriile reacţii şi învăţând din ele (integrare). În general este curios şi tolerant. Expectanţe realiste în ceea ce priveşte viitorul.

70-61 Recunoaşte/identifică, dar nu poate descrie/reda într-un mod adecvat/acurat asocierea complexă dintre experienţele din trecut/anterioare, conflictele interne, problemele actuale şi patternurile de răspuns repetitive/recurente. Conştiinţă moderată a propriei vulnerabilităţi, a puterii de a rezista şi a reacţiilor la stres. Tendinţă crescută de a se blama pe sine şi pe ceilalţi în cadrul disputelor. Comportamente şi atitudini îi pot fi ocazional neidentificate/neconştientizate, însă reflectează şi se observă pe sine în alte domenii/situaţii diferite.

60-51 Înţelegerea conflictelor interioare în conexiune cu experienţele anterioare şi prezente şi comportamente este oarecum neclară, sau mai puţin integrată din punct de vedere emoţional, sau „învăţată/însuşită". Raţionament deficitar despre sine şi ceilalţi, dar are capacitatea de a reflecta în timp. Vulnerabilitate şi reacţii la stres surprinzătoare uneori. Unele mecanisme defensive, atitudini şi comportamente neconştientizate. Demarcare rigidă între bine şi rău. Poate căuta soluţii superficiale. Conştientizează simptomele ca semne/indicii ale unei tulburări.

50-41 „Învăţare, achiziţie" superficială sau idei eronate/greşite cu privire la conflictele interioare şi experienţele anterioare şi actuale. Raţionament distorsionat despre sine *vs.* raportat la ceilalţi, chiar şi atunci când nu au loc dispute. Sentimente de disconfort emoţional acompaniate de învinovăţiri de sine profunde/accentuate incorect atribuite unor factori externi. O oarecare reflecţie sau lipsa acesteia asupra motivelor personale, inconştient de aspectele importante ale atitudinilor şi comportamentelor (fundamentalism). E posibilă negarea simptomelor ca semne/ indicii ale tulburărilor. Pesimism sau optimism excesiv.

40-31 Nu conştientizează asocierea dintre comportament şi componentele dinamicii interne. Percepţii/raţionamente profund distorsionate despre sine şi despre ceilalţi. Negarea reacţiilor personale de disconfort. Prezintă capacitatea descrierii/relatării trăirilor interne, dar într-un mod stereotip, ambiguu sau eronat. Negarea semnelor prezenţei unei tulburări mentale.

30-21 Dificultăţi severe în descrierea trăirilor interne. Nu conştientizează asocierea dintre trăirile interne şi propriul comportament. E posibilă prezenţa unor idei puternic distorsionate.

20-11 Funcţionare mentală dezorganizată sau fragmentară. Incapacitate de a percepe realitatea. Necesită asistenţă externă.
10-1 Deteriorare/dezorganizare continuă a funcţiilor mentale, necesitând asistenţă permanentă.

Sursă: Hoglend *et al.*, 2000, pp. 195-199.

Rezolvarea de probleme şi capacitatea de adaptare

Această dimensiune acoperă abilitatea de a face faţă într-un mod eficient oricărei situaţii dificile şi de a se afirma pe sine fără a dezvolta simptome, comportamente de evitare sau acţiuni nepotrivite. Activitatea de autoobservare/autoanaliză sau planificare poate sau nu să fie folosită în optimizarea performanţelor. Abilitatea de a integra rutina cu nevoia de explorare de noi domenii, de a lua parte cu plăcere la activităţi distractive şi recreative şi de a urma scopuri semnificative.

100-91 Abilităţi neobişnuite de a găsi soluţii eficiente şi inventive la probleme din toate domeniile: carieră, familie, rude, prieteni, timp liber, scopuri în viaţă. Admirat pentru afecţiunea de care dă dovadă, integritate, înţelepciune, iniţiativă şi bună dispoziţie.
90-81 Capacităţi ridicate de adaptare în orice domeniu. Se poate simţi uneori nesigur sau descurajat în situaţii dificile, dar apelează la autoanaliză, reflecţie, afiliere şi planificare pentru a rezolva problemele; umor, creativitate.
80-71 Se poate simţi uneori anxios sau are tendinţa de a evita situaţiile critice. Poate bate în retragere sau fi extrem de competitiv, dar este îngrijorat în situaţii de rivalitate. Uneori îşi limitează ambiţiile sau simte un impuls de autodepăşire. Uneori este dezorientat şi nu reuşeşte să-şi urmeze scopurile. Poate persista prea mult în rutină sau explora prea multe domenii noi. Ia parte cu plăcere la activităţi sociale şi recreative.
70-61 Dezvoltă uneori anxietate sau depresie în situaţii critice. Manifestă ocazional reacţii nepotrivite la stres (agresivitate sau inhibarea stării de furie). Poate evita una sau două/unele situaţii, de ex. evită oportunităţile de promovare sau nu este capabil să amelioreze o relaţie intimă nesatisfăcătoare. Poate avea câteva hobby-uri, preocupări sau o anumită satisfacţie inhibată în activităţi recreative. Activităţile sale sau se limitează la rutină, sau cuprind prea multe domenii noi.
60-51 Dezvoltă simptome, evită sau acţionează nepotrivit (agresiv sau conformist) în situaţii critice sau dificile sau nu reuşeşte să-şi urmărească scopurile semnificative. Nu îndrăzneşte să iniţieze relaţiile romantice dorite sau nu reuşeşte să urmeze scopuri realiste în carieră. Poate manifesta rigiditate sau comportamente dezadaptive permanente sau să

se elibereze de inhibiţii sau situaţii defavorabile. Satisfacţie limitată sau acţiuni lipsite de scop (compensatorii), egoism pronunţat.

50-41 Simptome severe, comportamente de evitare sau comportamente antisociale/abreacţii sau alte manifestări foarte nepotrivite ca răspuns nu numai la situaţii critice, dar şi la provocări banale/obişnuite. Satisfacţie neexprimată/ nemanifestată, activităţi limitate în anumite domenii. Lipsă a orientării spre scopuri şi a realizării/conştientizării de sine.

40-31 Copleşit de provocările obişnuite ale vieţii din câteva domenii. Evită majoritatea situaţiilor dificile şi nu îşi asumă nici o responsabilitate. Simptome severe : pasiv, dependent sau manifestări rigide. Comunicare neclară/deficitară. Tulburări severe ale vieţii de familie şi activităţi recreative reduse.

30-21 Capacitate de adaptare foarte scăzută sau lipsa acesteia. Nu poate face faţă într-un mod adecvat în aproape nici un domeniu. Copleşit de activităţile zilnice obişnuite, tulburări severe ale abilităţii de comunicare.

20-11 Necesită asistenţă în rezolvarea problemelor de zi cu zi. Comportamente autodistructive sau periculoase.

10-1 Deteriorare/dezorganizare continuă a funcţiilor mentale.

Sursă: Hoglend *et al.*, 2000, pp. 195-199.

Notă: Detalii legate de interpretarea scalelor de evaluare prezentate în acest volum pot fi obţinute de la al doilea autor, la adresa elipsiona@cluj.astral.ro

COLLEGIUM. Psihologie

au apărut:

Adrian Neculau (coord.) – *Psihologie socială. Aspecte contemporane*
Andrei Cosmovici – *Psihologie generală*
W. Doise, J.-C. Deschamps, G. Mugny – *Psihologie socială experimentală*
Adrian Neculau, Gilles Ferréol (coord.) – *Minoritari, marginali, excluşi*
Constantin Cucoş – *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare psihopedagogică*
Mielu Zlate (coord.) – *Psihologia vieţii cotidiene*
R.Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) – *Stereotipuri, discriminare şi relaţii intergrupuri*
Serge Moscovici – *Psihologia socială sau maşina de fabricat zei*
Adrian Neculau (coord.) – *Câmpul universitar şi actorii săi*
Adrian Neculau (coord.) – *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale*
J. Barus-Michel, F. Giust-Desprairies, Luc Ridel – *Crize. Abordare psihosocială clinică*
Andrei Cosmovici, Luminiţa Iacob (coord.) – *Psihologie şcolară*
Şerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*
Serge Moscovici (coord.) – *Psihologia socială a relaţiilor cu celălalt*
Willem Doise, Gabriel Mugny – *Psihologie socială şi dezvoltare cognitivă*
Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) – *Psihosociologia rezolvării conflictului*
André Sirota – *Conduite perverse în grup*
Adrian Neculau, G. Ferréol (coord.) – *Psihosociologia schimbării*
Mircea Miclea – *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*
Mielu Zlate – *Psihologia mecanismelor cognitive*
Gilles Ferréol (coord.) – *Identitatea, cetăţenia şi legăturile sociale*
Mielu Zlate – *Introducere în psihologie*
Ion Dafinoiu – *Elemente de psihoterapie integrativă*
Eva Drozda-Senkowska – *Psihologia socială experimentală*
Cornel Havârneanu – *Cunoaşterea psihologică a persoanei. Posibilităţi de utilizare a computerului în psihologia aplicată*
Steve Duck – *Psihologia relaţiilor interumane. Teorie, concepte şi noţiuni fundamentale*

Valentin Clocotici, Aurel Stan – *Statistică aplicată în psihologie*
Gilles Ferréol (coord.) – *Adolescenţii şi toxicomania*
Adrian Neculau (coord.) – *Analiza şi intervenţia în grupuri şi organizaţii*
Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) – *Dinamica grupurilor. Texte de bază*
Mihaela Roco – *Creativitate şi inteligenţă emoţională*
Jean Delacour – *Introducere în neuroştiinţele cognitive*
Ion Dafinoiu – *Personalitatea. Metode de abordare clinică: observaţia şi interviul*
Septimiu Chelcea – *Un secol de cercetări în psihosociologie*
Aurel Stan – *Testul psihologic. Evoluţie, construcţie, aplicaţii*
Dan Goglează – *Psihoterapia ca relaţie a schimbării individuale. Strategii, cazuri, soluţii, comentarii*
Alex Mucchielli – *Arta de a influenţa. Analiza tehnicilor de manipulare*
Michel-Louis Rouquette – *Despre cunoaşterea maselor. Eseu de psihologie politică*
Vincent Yzerbyt, Georges Schadron – *Cunoaşterea şi judecarea celuilalt*
Mihai Kramar – *Psihologia stilurilor de gândire şi acţiune umană*
Jean-Claude Abric – *Psihologia comunicării. Teorii şi metode*
Şerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote – *Mecanismele de apărare. Teorie şi aspecte clinice*
Ştefan Boncu – *Psihologia influenţei sociale*
Daniel Gaonac'h, Pascale Larigauderie – *Memorie şi funcţionare cognitivă*
Bruna Zani, Augusto Palmonari – *Manual de psihologia comunităţii*
Ion Dafinoiu, Jenő László Vargha – *Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice*
Adrian Neculau (coord.) – *Manual de psihologie socială*
Mihaela Vlăsceanu – *Organizaţii şi comportament organizaţional*
Iolanda Mitrofan (coord.) – *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Psihologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil şi familie*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie*
Jacques Montangero – *Vis şi cogniţie*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihosexologie*
Roy Schafer – *Interpretarea psihanalitică a testului Rorschach*
Patrick Rateau – *Metodele şi statisticile experimentale în ştiinţele umane*
Ivana Marková – *Dialogistica şi reprezentările sociale*
Zoltán Bogáthy (coord.) – *Manual de psihologia muncii şi organizaţională*
Dorina Sălăvăstru – *Psihologia educaţiei*
Mielu Zlate – *Leadership şi management*
Constantin Enăchescu – *Tratat de igienă mintală*
Mielu Zlate – *Tratat de psihologie organizaţional-managerială*

Ticu Constantin - *Evaluarea psihologică a personalului*
Ana Stoica-Constantin - *Conflictul interpersonal. Prevenire, rezolvare și diminuarea efectelor*
Alex Mucchielli - *Arta de a comunica. Metode, forme și psihologia situațiilor de comunicare*
Ion Dafinoiu, Jenő-László Vargha - *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*

în pregătire:

Constantin Enăchescu - *Tratat de teoria cercetării științifice*
Serge Moscovici, Fabrice Buschini (coord.) - *Metodele aplicate în științele socio-umane. Manual*
Daniel David - *Metodologia cercetării clinice*

[illegible]
[illegible]
Adrian Neculau (coord.) – [illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
Ion Dafinoiu – Personalitatea. Metode de abordare clinică: observaţia şi interviul
Septimiu Chelcea – [illegible]
[illegible]
[illegible]
Alex Mucchielli – *Arta de a influenţa. Analiza tehnicilor de manipulare*
Michel-Louis Rouquette – *Despre cunoaşterea maselor. Eseu de psihologie politică*
Vincent Yzerbyt, Georges Schadron – *Cunoaşterea şi judecarea celuilalt*
[illegible]
[illegible] – *Psihologia comunicării. Teorii şi metode*
[illegible] – [illegible] *Teorii şi experimente* [illegible]
Ştefan Boncu – *Psihologia influenţei sociale*
[illegible]
[illegible]
Ion Dafinoiu, Jenő Lukács Vargha – *Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice*
Adrian Neculau (coord.) – *Manual de psihologie socială*
Mihaela Vlăsceanu – *Organizaţii şi comportament organizaţional*
Iolanda Mitrofan (coord.) – *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Psihologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil şi familie*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie*
[illegible]
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihopatologie*
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
Mielu Zlate – *Leadership şi management*
Constantin Enăchescu – *Tratat de igienă mintală*
Mielu Zlate – *Tratat de psihologie organizaţional-managerială*

www.polirom.ro

Redactor: Mihai-Silviu Chirilă
Coperta: Ionuţ Broştianu
Tehnoredactor: Lucian Pavel

Bun de tipar: februarie 2005. Apărut: 2005
Editura Polirom, B-dul Carol I, nr. 4 • P.O. Box 266, 700506, Iaşi
Tel. & Fax: (0232) 21.41.00; (0232) 21.41.11;
(0232) 21.74.40 (difuzare); E-mail: office@polirom.ro
B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33; O.P. 37 • P.O. Box 1-728,
030174, Bucureşti; Tel.: (021) 313.89.78, E-mail: polirom@dnt.ro

Tiparul executat la S.C. LUMINA TIPO s.r.l.
str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, Bucureşti.
Tel./Fax: (021) 211.32.60, (021) 212.29.27.
E-mail: office@luminatipo.com

Psihologie

Ion Dafinoiu, Jenő-László Vargha

PSIHOTERAPII SCURTE

Strategii, metode, tehnici

„Terapiile scurte se deosebesc de cele lungi nu numai prin durată, ci şi prin obiective şi orientare temporală a demersului terapeutic; dacă terapiile lungi, orientate, de regulă, spre trecutul pacientului, îşi propun schimbări structurale profunde ale personalităţii acestuia, terapiile scurte sunt, în general, centrate pe simptom, pe prezentul şi viitorul pacientului/clientului.

Ne-am străduit să oferim o descriere cât mai clară şi precisă a secvenţelor implicate de intervenţia terapeutică, recurgând la prezentarea algoritmizată a acestora şi anexându-le, uneori, scale de evaluare. Dorim totodată să introducem în acest context conceptul de «flexibilitate responsabilă», menit să sublinieze faptul că ajustarea intervenţiei după nevoile clientului nu se face în cadrul unei «navigări» după inspiraţia de moment sau intuiţia liber flotantă, ci luând în calcul atât datele furnizate de persoana aflată în tratament, cât şi principiile fundamentale ale intervenţiei terapeutice."

Autorii

Terapia cognitiv-comportamentală • Tehnici psihoterapeutice cognitiv--comportamentale • Terapia centrată pe persoană • Terapia centrată pe obiective şi soluţii • Psihoterapiile dinamice de scurtă durată

De aceiaşi autori:
Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice

Collegium

ISBN 973-681-777-6
9789736817779

Editura POLIROM
www.polirom.ro

